

**Ministère de L'enseignement Supérieur
Et de la Recherche Scientifique**

République du Mali

Un Peuple- Un But- Une Foi

Université de Bamako

Année Universitaire **2010-2011** Thèse N°

Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie

TITRE

**LA MORBIDITE AU SERVICE DE
MEDECINE DU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE (CSRéf) DE LA COMMUNE
IV DU DISTRICT DE BAMAKO.**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 2011 à H devant la
faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie du Mali.

Par Mr Alpha Madani KONE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

JURY

Président : Professeur Fongoro SAHARE
Membre : Docteur Abdoulaye TEME
Codirecteur de thèse : Docteur Oumar GUINDO
Directeur de thèse : Professeur Sounkalo DAO

Dédicace

Je dédie ce travail :

A mon Père :

✓ **Monsieur Mohamed Ousmane KONE**

A qui je dois toujours respect, reconnaissance et salut pour l'éducation et soutien constants depuis ma naissance jusqu'à ce jour.

Papa, merci pour tout, que Dieu le Tout Puissant te protège et te garde pendant très longtemps à nos côtés

Remerciements

Mes remerciements

vont :

- ✓ A **Allah le Tout Puissant.**
- ✓ A ma mère, **Haoua Traoré**

Tu es un cadeau du ciel, le genre de cadeau que je souhaite pour tout le monde. Je n'ai pas les mots justes pour te remercier suffisamment. Que le Tout Puissant fasse de sorte que je ne t'oublie jamais.

- ✓ A ma belle mère,
Madiarra Sangaré

Chère mère vous m'avez toujours considéré comme un fils, j'en suis conscient. Merci pour tout.

A mes oncles et tantes : Drissa, Abdourahamane, Bah Moutaga, Soumaïla, Abdoul, Karim, BaNouhoum, Oumar, Adama, BaOumou, Diaratou, Safiatou, Salimata, Djelika, Rokiatou, Nematou, Lala Aïcha, Fatou.

Toute ma reconnaissance, pour les conseils prodigues

✓ **A mon frère Feu Djakaria KONE**

Mon désir était de partager avec toi cet instant de joie et de bonheur. Cependant, le Seigneur t'a arraché à notre affection.

Puisse ce travail te faire plaisir dans ta dernière demeure. Dors en paix grand frère ! Que la terre te soit légère. Amen.

✓ **A mes frères et sœurs :** Aboubacar, Marétou, Djenèba, Abdoulaye, kadidiatou, Souleymane, Awa, Adiara, Fatoumata, Ousmane, Salif, Ramatoulaye, Aboubacar Sidiki, Sidi Mohamed, Djibril, Ouminatou, Yacouba.

✓ **« Un pour tous, tous pour un »**

✓ Puisse ce travail, permettre de consolider davantage le cordon ombilical

qui nous unit. Soyez rassurés de ma profonde gratitude

✓ **Aux familles OUATTARA, SANGARE, SYLLA, DIABATE, TRAORE, KEÏTA, NIARE au Point G**

Toute ma reconnaissance.

✓ **A mon oncle Seydou OUATTARA, et sa femme Korotoumou SANGARE**

✓ Les mots n'exprimeront pas assez ce que j'éprouve pour vous.

Je vous dis

simplement « *Quiconque fait un bien fut-ce du poids d'un atome, le verra, et quiconque fait un mal fut-ce du poids d'un atome, le verra.* (S 99 V7 - 8).

✓ **A mes amis : Yacouba DIARRA, Oumar DIARRA, Sidiki SANGARE, Bouacar MAÏGA, Alfousseyni TOURE, Ousmane DANYOGO, Mamadou FOMBA, Ami DIARRA, Mohamed MAÏGA, Issa I SIDIBE, Drissa DIARRA, Terèmakou DAOU, Houdou COULIBALY, Adama COULIBALY, Mariam KEÏTA, Assitan DIABATE, Djetenin DOUMBIA, Mariam NIARE, Amidou CISSE.**

Je voudrais encore une fois témoigner toute ma reconnaissance ; vous avez été de vrais amis.

✓ **A mes camarades de promotion**

Merci pour votre esprit de groupe et votre compréhension.

✓ **A l'Amicale Des Etudiants Ressortissant de la 3^{ème} Région et Sympathisants (ADERS)**

Merci pour votre esprit de famille.

✓ A tous mes **maîtres de stage** :

Dr Moustapha TOURE, Dr Oumar GUINDO, Dr Abdoulaye TEME, Dr Makan KOUMA, Dr Ibrahim TRAORE, Dr Youssouf DEMBELE, Dr Diakaridia KONE

Merci pour la qualité de la formation reçue.

✓ A mes **aînés** : **Dr Abdallah KEITA, Dr Daouda SIMPARA, Dr Rokia COULIBALY, Dr Soumaïla CAMARA, Dr Ibrahim KONE, Dr Aïssata N. KONE, Dr Karamoko Dédeou SIMAGA, Dr Ousmane KONE, Dr Yamoussa KEÏTA, Dr Modibo DIARRA, Dr Assim DIALLO, Dr Abdramane DIABATE.**

Merci pour votre assistance

✓ A mes **cadets** : **Makan DIAKITE, Adramé KEITA, Yaya SIDIBE, Bakary KONE, Mohamed DIALLO, Djeneba TRAORE, Youssouf DABO, Maïmouna KANTE.**

✓ En témoignage de mon affection pour vous. Je vous invite à l'ardeur dans le travail.

✓ A tout le **personnel du CSRéf CIV**, pour la qualité de l'encadrement que vous offrez à tous les étudiants stagiaires et aux FFI.

✓ A tout le **personnel du service de médecine**, votre aide et collaboration

franche et sans limite m'ont été d'un apport inestimable, merci pour tout, je vous serais toujours reconnaissant

✓ A tout le **personnel** du service Maladies infectieuses du point G
et du
SEROFO.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY :

PROFESSEUR : Fongoro SAHARE

- Maitre de Conférences en Néphrologie à la FMPOS
- Praticien Hospitalier en Néphrologie et Hémodialyse au CHU-PG
- Chevalier de l'ordre du mérite de la santé

Cher maitre ;

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous fait en acceptant de présider le jury de cette thèse.

Les mots nous manquent pour vous exprimer toute notre reconnaissance.

Nous vous prions de trouver ici,

Cher maitre, l'expression de toute notre gratitude et notre profonde respect.

Hommage respectueux

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY :

Docteur : Abdoulaye TEME

-Médecin Généraliste

-Médecin Référent diabète commune IV

-Médecin Directeur ASACOLA-1 (Lafiabougou)

Cher maitre,

C'est un honneur pour nous de vous avoir dans notre jury.

Vous êtes d'un abord facile.

Votre générosité, votre grande disponibilité, votre amour pour le travail bien fait, la rigueur de votre raisonnement scientifique ont été pour nous des atouts hautement profitable.

Hommages respectueux

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR :

Docteur Oumar GUINDO ;

- Diplômé de Médecine générale,
- Diplômé de la 3^{ème} promotion Epivac,
- Médecin chef adjoint CSRéf CIV.
- Attaché de recherche au près du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique(MESRS)

Cher maître ;

Je ne saurais vous remercier suffisamment de m'avoir accepté dans votre service et de m'avoir confié ce travail.

Nous garderons de vous un homme de science et un enseignant soucieux de la bonne formation de ses élèves.

Votre rigueur scientifique et votre amour pour le travail bien fait font de vous un maître respecté et un exemple à suivre.

Nous vous prions d'accepter l'expression de notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE :

Professeur Sounkalo Dao

- Maitre de conférences à la FMPOS

- Investigateur clinique au centre de rechercher et de formation sur le VIH et la Tuberculose SEREFO / FMPOS- NIAID

- Président de la SOMAPIT (Société Malienne des Pathologies Infectieuses et Tropicales)

- Membre de la SAPI (Société Africaine des Pathologies Infectieuses) et SPILF (Société des Pathologies Infectieuses en Langue Françaises)

Cher maitre

Vous avez bien voulu nous confier ce travail et nous en sommes très sensibles. Vous l'avez dirigé avec ardeur et passion ; deux valeur qui vous caractérisent et ne constituent qu'une partie de vos qualités scientifique et sociale.

Au delà de nos hommages respectueux, nous vous prions de trouver ici, cher maitre l'assurance de notre parfaite reconnaissance

SIGLES

CLD : Comité Local de Développement

CMLN : Comité Militaire de Libération Nationale

CNAM : Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie

CONACOPP : Conseil National de Coordination des Programmes de Population

CSComs : Centres de Santé Communautaire

CSRéf : Centre de Santé Référence

DAT : Dispensaire Anti- tuberculeux

DCI : Dénomination Commune Internationale

DNSI : Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique

IEC : Information Education Communication

MG : Médecine Générale

MESRS : Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique

OMS : Organisation Mondiale de la santé (OMS)

ONG : Organisation Non Gouvernementale

n° : Nombre

PAS : Programme d'Ajustement Structurel

PDSC : Plan quinquennal de développement sanitaire de cercle

PEV : Programme Elargi de Vaccination

PF : Planification Familiale

PPM : Pharmacie Populaire du Mali

PMI : Protection Maternelle et Infantile

RGPH : Recensement Général de la population et de l'Habitat

SAPI : Société Africaine des Pathologies Infectieuses

SEROFO : Centre de Formation contre la Tuberculose et le Sida

SMI : Surveillance des Maladies Intégrées

SOMAPIT : Société Malienne des Pathologies Infectieuses et Tropicales

SPILF : Société des Pathologies Infectieuses en Langue Française

IEC : Information éducation communication

UMPP : Usine Malienne des Produits Pharmaceutiques

UNIPAC : Centrale d'Achat pour l'UNICEF

USAC : Unité de Soins d'Accueil, de Conseil et d'Ecoute aux Personnes vivants avec le VIH.

SOMMAIRE

I- INTRODUCTION ET

OBJECTIFS.....1-3

II-

GENERALITES.....

..4-24

III-
METHODOLOGIE.....2
5-32

IV-
RESULTATS.....
.....33-54

V-
DISCUSSION.....
.....55-57

VI- CONCLUSION ET
RECOMMANDATIONS.....58-59

VII- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ANNEXE

LISTE DES TABLEAUX :

TABLEAU I : Répartition des patients selon la profession36

TABLEAU II : Répartition des patients selon les pathologies fréquemment rencontrées.....49

TABLEAU III: Répartition des patients selon les examens complémentaires biologiques demandés.....50

TABLEAU IV : Répartition des patients selon les examens radiologiques demandés.....51

TABLEAU V : Répartition des patients selon la prescription reçue.....53

LISTE DES FIGURES:

FIGURE 1 : Répartition des patients selon le sexe.....33

FIGURE 2 : Répartition des patients selon l'âge.....	34
FIGURE 3 : Répartition des patients selon l'ethnie.....	35
FIGURE 4 : Répartition des patients selon la provenance.....	37
FIGURE 5 : Répartition des patients selon le mode d'admission.....	38
FIGURE 6 : Répartition des patients selon température corporelle.....	39
FIGURE7 : Répartition des patients selon la pression artérielle	40
FIGURE 8 : Répartition des patients selon la fréquence respiratoire.....	41
FIGURE 9 : Répartition des patients selon la fréquence cardiaque.....	42
FIGURE 10 : Répartition des patients selon les diagnostics.....	43
FIGURE 11 : Répartition des patients selon Infections bactériennes.....	44
FIGURE 12 : Répartition des patients selon les infections parasitaires....	45
FIGURE 13 : Répartition des patients selon les infections virales.....	46
FIGURE 14 : Répartition des patients selon les infections fongiques.....	47
FIGURE 15 : Répartition des patients selon les affections chroniques.....	48
FIGURE 16 : Répartition des patients selon les examens parasitologiques demandés.....	52
FIGURE 17 : Répartition des patients selon l'évolution clinique.....	54

TABLE DES MATIERES

DEDICACE.....	I
---------------	---

REMERCIEMENTS.....	II
HOMMAGES PARTICULIER AUX HONORABLE MEMBRE DU JURY	VII
SIGLES ET ABREVIATIONS	XII
SOMMAIRE.....	XV
I.INTRODUCTION ET OBJECTIFS	
1. Introduction.....	1
2. Objectif.....	3
2.1. Objectif général.....	3
2.2. Objectifs spécifiques.....	3
II. GENERALITE.....	4
1. La morbidité.....	4
2. Definition de la médecine.....	5
3. Politique sectorielle au Mali.....	6
3.1. Contexte.....	6
3.2. Orientation :.....	6
3.3. Objectifs de la politique de santé:.....	7
3.4. Strategie nationale de developpement de la santé :.....	8
3.5. Constat de mise en œuvre de la politique de santé	10
3.6. Mise en œuvre de la stratégie.....	11
3.6.1. Santé.....	12
Accroissement de l'accès :.....	12
Amélioration de la qualité :	15
Gestion :.....	15

Financement :	17
Personnel :	19
Médicament :	19
Patrimoine :	21
Le sous hospitalier :	21
Le secteur privé de la santé :	22
3.6.2. Population et planification familiale :	23
III. METHODOLOGIE:	25
1. Cadre d'étude :	25
a. La commune IV du district de Bamako.....	25
b. Personnel du centre de santé de référence de la commune IV.....	25
c. Les locaux du centre de santé de référence de la commune IV.....	26
2. Type et période d'étude :	29
3. Population d'étude :	29
➤ Critères d'inclusion :	29
➤ Critères de non inclusion :	29
4. Méthode :	30
5. Ethique :	30
6. Saisie et analyse des donnés	30
7. Quelques définitions opérationnelles :	31
IV. RESULTATS :	33
A. ASPECTS SOCIODEMOGRAPHIQUES :	33
B. ASPECTS EPIDEMIOCLINIQUES :	38
V. DISCUSSION :	55

VI. CONCLUSION :.....58

VII. RECOMMANDATIONS :.....59

REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUES

FICHE SIGNALETIQUE

ANNEXE

FICHE D'ENQUETE

Liste des tableaux

Liste des figures

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION :

La problématique de la morbidité générale de la population reste dominée par l'absence de données fiables notamment dans les pays à faible revenu. Les méthodes d'estimation faites sur la base des recensements et des enquêtes sont rétrospectives et éventuellement sujettes à des erreurs importantes [1]. Cependant, il existe des informations sur la morbidité surtout dans les structures de première ligne et concerne les maladies faisant l'objet d'un programme national de prévention [2].

L'application au niveau de l'hôpital des concepts et des méthodes utilisés en épidémiologie définit l'épidémiologie hospitalière. Cette activité, développée le plus souvent dans un cadre administratif, contribue à la connaissance générale, la planification, l'organisation et le financement des soins, la surveillance épidémiologique, l'évaluation et la recherche. Les statistiques de morbidité mettent en relief le manque à gagner pour la collectivité (longue période d'incapacité, absentéisme au travail, lourde charge financière tant en médicaments qu'en matériels). La connaissance de ce paramètre permet de décrire la situation sanitaire d'une population.

Les quelques rares données qui existent ne concernent, le plus souvent, que le sommet de la pyramide sanitaire. Les centres de santé de référence (CS Réf) bien qu'étant un maillon essentiel dans le système de santé, n'ont guère fait l'objet d'étude sur ce plan. C'est ainsi que nous avons initié ce travail afin de palier à ce déficit d'information si pénalisant pour l'administration et la recherche sanitaire.

Nous avons entrepris ce travail au centre de santé de référence de la commune IV de Bamako dans le but de disposer d'une banque de données sur les pathologies rencontrées, le profil sociodémographique des malades, travail qui permettra sans doute aux responsables du district sanitaire une

meilleure connaissance des affections rencontrées, une meilleure organisation des unités, la coordination et la planification des activités médicales.

2. OBJECTIFS

2.1. Objectif général :

Etudier la morbidité au service de médecine du centre de santé de référence (CSRéf) de la commune IV du District de Bamako.

2.2. Objectifs spécifiques :

1. Décrire l'évolution de la morbidité pendant la période d'étude.
2. Déterminer les principales causes de consultations en médecine au cours de la période.
3. Décrire les caractéristiques sociodémographiques des consultants.

II. GENERALITES

1. La morbidité

La morbidité d'une population se définit comme étant le nombre de personnes malades ou le nombre de cas de maladie dans une population déterminée, à un moment donné [3].

On distingue habituellement plusieurs types de morbidité dont :

- ✓ La morbidité diagnostiquée qui correspond aux affections diagnostiquées et traitées par le corps médical chez les individus ayant eu recours à des médecins ;

- ✓ La morbidité ressentie qui recouvre l'ensemble des affections, des troubles réels tels que les individus les ressentent et les interprètent, dont un sous ensemble constitue la morbidité déclarée ;

- ✓ La morbidité infra clinique : ce sont les affections dont on ne peut encore déceler l'existence, faute de signes cliniques ou de moyens d'investigation suffisamment sensibles ;

- ✓ L'ensemble constitue la morbidité réelle, comprenant la totalité des affections existantes chez un individu, connues ou non de lui, diagnostiquées ou non. Enfin, ces définitions doivent être précisées dès que l'on s'interroge sur la signification du « moment donné » et est donc amené à considérer deux types de mesures de la morbidité :

- ✓ La morbidité prévalence : il s'agit du nombre de cas d'une maladie

donnée ou de personnes atteintes de cette maladie ou de toute autre évènement morbide (accidents ou suicides par exemple), existant dans une population déterminée à un moment donné sans distinction entre les cas nouveaux et les anciens ;

✓ La morbidité incidente : il s'agit du nombre de nouveaux cas d'une maladie donnée ou des personnes qui sont atteintes de cette maladie, pendant une période donnée, dans une population déterminée. Elle est l'ensemble des causes qui peuvent produire une maladie et l'ensemble des maladies qui peuvent atteindre un individu ou une agglomération d'individus [4].

2. Définition de la médecine [5]

La médecine générale (MG) est la branche prenant en charge le suivi durable et les soins médicaux généraux d'une communauté, sans se limiter à des groupes de maladies relevant d'un organe, d'un âge, ou d'un sexe particulier. Le médecin généraliste (on dit aussi médecin [omnipraticien](#)) est donc le spécialiste de la santé assurant le suivi, la prévention, les soins et le traitement des malades de sa collectivité, dans une vision à long terme de la santé et du bien-être de ceux qui le consultent. Sa surface de prise en charge est horizontale, là où les autres spécialités exercent plus dans la verticalité d'un problème médical.

3. Politique sectorielle au Mali : [6]

La présente déclaration a pour objet d'exposer la politique de santé et de population du Gouvernement de la République du Mali qui sert de cadre à la réalisation des plans, projets et stratégies de développement du secteur.

3-1-Contexte

La constitution de la République du Mali garantit le droit à la santé. La politique sanitaire du Mali est conforme, d'une part, aux grands principes de l'organisation Mondiale de la santé dont il est membre et d'autre part à ses réalités socioéconomiques et culturelles.

Elle est fondée sur le principe d'universalité qui fait de la santé un droit fondamental de tout malien et de l'action sanitaire une œuvre sociale de solidarité de l'état, des collectivités et de l'individu.

3-2-Orientation

La priorité de l'action sanitaire reste réservée au milieu rural et périurbain, à la prévention des maladies, à la promotion socio sanitaire et au bien-être de la famille.

La santé étant une composante indissociable du développement socioéconomique, elle représente donc un secteur d'investissement et devrait de ce fait obéir à la loi de l'utilisation rationnelle des ressources. Afin d'assurer la pérennité du développement sanitaire, sa planification tiendra compte des ressources disponibles et mobilisera tous les acteurs (Etat, privé, ONG, bailleurs de fonds) et au premier chef, les populations bénéficiaires.

3-3-Objectifs de la politique de santé

L'objectif général de la politique sanitaire du Mali est de réaliser la santé pour tous sur un horizon aussi rapproché que possible.

La concrétisation de cet objectif passe par la réalisation de l'objectif intermédiaire suivant :

Améliorer l'état de santé des populations afin qu'elles participent plus activement au développement socio-économique du pays en :

- ✓ Réduisant la mortalité maternelle et infantile ;
- ✓ Réduisant la morbidité et la mortalité dues aux principales maladies ;
- ✓ Développant les services de planification familiale ;
- ✓ Promouvant des attitudes et comportements sains favorables à la santé

et au bien-être de la famille.

Etendre la couverture sanitaire tout en rendant les services accessibles à la population en :

- ✓ Implantant un dispositif de soins adaptés aux réalités socio-économiques du pays et le plus rapprochés possible des populations ;
- ✓ Assurant des services de santé de qualité, géographiquement et économiquement accessible y compris la disponibilité du médicament essentiel ;
- ✓ Intensifiant l'utilisation des services par des action d'information, d'éducation et de communication.

Rendre le système de santé viable et performant en :

- ✓ Intégrant la politique socio sanitaire dans celle du développement socioéconomique du pays ;

Rationalisant les services du secteur de la santé et leur expansion en rapport avec les ressources disponibles et mobilisables ;

✓ Améliorant l'efficacité du système de santé par une gestion rationnelle des ressources humaines, matérielles et financières ;

✓ Organisant la participation de l'Etat, des collectivités, des individus

Et des partenaires au développement à la prise en charge du système de santé ;

✓ Développant une approche multidisciplinaire et multisectorielle de l'action sanitaire.

3-4-Stratégie nationale de développement de la santé

La stratégie de développement sanitaire du Mali est basée sur le concept de « soins de santé primaires » adopté par la conférence mondiale d'Alma Ata en 1978.

Afin d'accélérer la mise en œuvre des soins de santé primaires, une quadruple stratégie a été adoptée dans le droit fil des principes énoncés dans l'initiative de bamako.

Faire évoluer la notion de pyramide sanitaire d'une conception hiérarchique et administrative vers une conception plus fonctionnelle qui différencie les niveaux : opérationnel, d'appui et d'orientation. Le cercle représente le niveau opérationnel et constitue l'unité chargée de planifier le développement de la santé, de la budgétiser et d'en assurer la gestion. Le niveau régional est chargé d'appuyer les cercles sur le plan technique. Le niveau central, chargé de l'appui stratégique, détermine les investissements

et le fonctionnement du secteur, les standards qui tiennent compte des principes d'efficacité, d'efficience, d'équité et de viabilité.

Il veille à l'application de ces standards par tous ses partenaires à l'action sanitaire. Il s'efforce de mobiliser les ressources privées, celles de l'Etat et celles des bailleurs de fonds pour le financement de soins de qualité accessibles à tous.

Assurer en permanence la disponibilité et l'accessibilité des médicaments essentiels à travers une série de mesures dont la réforme de la PPM et de l'UMPP, la levée du monopole d'importation, la rationalisation de la distribution et de la prescription, et le recouvrement des coûts du médicament.

Renforcer la participation communautaire à la gestion du système, les individus, les ménages et les communautés assurant leur propre santé. Malgré la modicité de leur pouvoir d'achat, ces derniers peuvent, grâce au développement de techniques nouvelles, peu coûteuses et efficaces favoriser grandement la survie de leurs enfants et réduire l'importance des maladies.

Afin de garantir l'accessibilité aux soins et à l'information nécessaires à l'amélioration de la santé, les bénéficiaires seront associés à la gestion des services au niveau opérationnel.

Mobiliser les ressources nécessaires au financement du système de santé, y compris par le recouvrement des coûts dans les formations sanitaires, et rationaliser l'utilisation de ces ressources à tous les niveaux.

Le Gouvernement souhaite que l'ensemble des bailleurs de fonds soutienne cette stratégie.

3-5-Constata de mise en œuvre de la politique de santé

La mise en œuvre de la politique ci-dessus définie a connu certes des résultats encourageants (création de plusieurs centaines CSComs, revitalisation d'anciens services de PMI, construction de CSRéf et d'hôpitaux, renforcement de plateau technique, recrutement et formation de personnel, certaines mesures de gratuité).

Cependant des besoins de santé et des problèmes de santé persistent toujours et dont la non satisfaction et la non résolution contrarient les efforts fournis.

La situation sanitaire continue toujours d'être caractérisée par :

- La persistance d'une forte morbidité et mortalité en particulier, dans la population infantile et maternelle ;
- La prédominance de maladies infectieuses, parasitaires et nutritionnelles au sein de la population.

Cette situation sanitaire est aggravée par :

- ✓ Le fait que les populations ont été insuffisamment associées à la définition des politiques de santé ;
- ✓ La faiblesse de la couverture sanitaire ;
- ✓ Une forte sous utilisation et un fort sous-équipement des services de santé ;
- ✓ Un manque notoire de médicaments et de matériels de travail ;
- ✓ Une insuffisance dans l'intégration des activités ;
- ✓ Une capacité insuffisamment développée dans gestion des ressources humaines, matérielles et financières ;

- ✓ Un resserrement des dépenses publiques de santé ;
- ✓ Un personnel quantitativement et qualitativement insuffisant, peu motivé et mal déployé ;
- ✓ La faiblesse de l'accès à des sources d'eau salubre.

3-6-Mise en œuvre de la stratégie

Devant cette situation, le gouvernement a entrepris une série de réformes de politique sectorielle, institutionnelles et d'investissements, visant à faire fortement et durablement progresser la réalisation de son objectif social de la santé pour tous. Cette stratégie vise, par exemple, à faire passer de 25% à 80% la proportion d'enfants vaccinés avant l'âge d'un an, doubler la proportion de grossesses suivies pour atteindre environ 60%, et suivre la croissance de la moitié des enfants de moins de 2 ans. Le deuxième « Projet de santé, population et hydraulique rurale » est un outil privilégié, mais non le seul, de cette stratégie.

3-6-1-Santé

Pour améliorer l'état de santé de la population en général et de celui de la mère et de l'enfant en particulier ; la stratégie vise à :

- ✓ élargir l'accès aux services de santé, c'est-à-dire à en accroître la couverture et l'utilisation
- ✓ améliorer la qualité des soins,
- ✓ viabiliser le système de santé de cercle par l'utilisation rationnelle et efficiente des ressources (personnel, médicaments, finances, patrimoine) et l'organisation de la participation des populations.

Accroissement de l'accès : Pour accroître la couverture et l'utilisation des services, l'approche privilégie le développement de systèmes de santé de cercle et de commune et utilise un processus de planification, d'organisation et de gestion décentralisées selon une approche dite populationnelle qui s'articule autour des principes suivants :

L'étude du milieu et l'élaboration de cartes sanitaires de cercle opérationnelles sur la base de concentrations optimales de population dans des aires géographiques données appelées secteur de santé ;

La différenciation entre les fonctions de soins de santé primaires, de soins de santé de référence et de gestion du système ;

La réhabilitation et si nécessaire la construction de structures légères de soins comprenant dans un premier temps, un dispensaire, une maternité et un dépôt de médicaments essentiels au sein des secteurs de santé et dénommés centre de santé communautaire ;

L'organisation de la participation des populations dans la gestion des centres de santé de cercle et de commune et dans la réhabilitation/ construction et la gestion des centres de santé communautaire.

Dans cette approche, la mise en œuvre systématique et uniformisée est délaissée au profit de la capacité des cercles et des communautés en tant que partenaires, à remplir les conditions suivantes d'éligibilité au financement de l'Etat, canalisé à travers des appuis extérieurs.

Les conditions d'éligibilité à ce type de financement sont les suivantes :

- ✓ constitution d'une équipe de santé de cercle suivant les normes convenues, notamment la présence de 2 médecins ;

- ✓ élaboration d'un plan quinquennal de développement sanitaire de cercle (PDSC), précisant la situation sanitaire et les problèmes de santé du cercle, la stratégie sanitaire, les programmes et un plan de financement des dépenses d'investissement et de fonctionnement. Ce plan doit être approuvé par le comité local de développement (CLD) et entériné au niveau national par le comité de suivi du projet ;
- ✓ existence d'un centre de santé communautaire opérationnel suivant des critères de performance technique et financière convenus d'avance ;
- ✓ engagement des communautés à contribuer financièrement et / ou physiquement pour 50% du coût de réhabilitation ou de construction des centres de santé communautaire (CSCoM), l'Etat devant financer le complément.
- ✓ engagement du comité local de développement du cercle à consacrer à la santé au moins 7 % des recettes produites par la taxe locale de développement ;
- ✓ appui de la Direction régionale de la santé publique et des affaires sociales aux cercles pour les aider à satisfaire aux conditions d'éligibilité.

La satisfaction des conditions d'éligibilité requiert une campagne soutenue d'information et de sensibilisation des populations en vue d'obtenir leur participation sur la base d'engagements contractuels entre les pouvoirs publics et les communautés organisées.

L'application de l'approche ci- dessus définie se traduira par la réalisation à l'intérieur des circonscriptions socio sanitaires de cercle et de commune,

d'un réseau de centres de santé communautaire les plus rapprochés possible des populations et capables de dispenser de soins de santé de base (curatifs, préventifs, SMI / PF, vaccination, pharmacie) intégrés. Un système de référence et d'appui sera créé au niveau des centres de santé de cercle et de commune qui seront renforcés en conséquence.

Amélioration de la qualité : Celle-ci sera obtenue par la définition d'un plateau technique, tant pour les soins de base que pour les soins de référence, la formation et la supervision du personnel sur la base de protocoles de traitement, eux-mêmes liés au plateau technique, et la disponibilité en médicaments essentiels à des prix abordable sur l'ensemble du territoire.

Gestion : L'équipe de santé de cercle garantira aux communautés éligibles, un plateau minimum de soins de santé de base dans la mesure où la communauté acceptera de partager la prise en charge des autres coûts de fonctionnement de son centre de santé communautaire.

L'équipe de santé de cercle aura les responsabilités suivantes :

- ✓ L'assistance à la confection du plan de développement sanitaire du cercle, du plan de financement du programme budget, du programme d'exécution et du rapport d'exécution ;
- ✓ l'obtention de la contribution du comité local de développement au financement du plan de développement sanitaire du cercle ;
- ✓ la gestion des ressources humaines, en particulier le recrutement, la formation, la supervision et le suivi de la carrière des agents ; la confection de plans d'affectation et de mutation du personnel sanitaire de l'Etat et de plans de recrutement et formation d'agents de santé communautaires ;

- ✓ l'assistance à la gestion des ressources physiques et en particulier les médicaments, des ressources financières mobilisées dans le cadre du système de recouvrement des coûts, des contributions des comités de développement et d'organisations non gouvernementales ;
- ✓ la préparation de rapports financiers et la réalisation d'activités de conseil aux centres de santé communautaire ;
- ✓ la mobilisation et la formation des communautés dans le cadre leur participation a la mise en place et au fonctionnement du système.

L'équipe de santé de cercle bénéficiera du soutien de l'équipe régionale dont

Les capacités seront renforcées et porteront sur :

- ✓ la réalisation par les cercles des conditions d'éligibilité au financement de l'Etat ;
- ✓ l'appui à la confection et à l'exécution des plans de développement sanitaire de cercle et l'examen des rapports annuels des cercles ;
- ✓ la gestion des ressources dans le cadre du système d'information de gestion. Elle concernera les ressources humaines en matière de programmation des besoins, de déploiement, de formation et de suivi de carrière des agents. Les ressources physiques concerneront surtout la disponibilité en médicaments au niveau régional pour les cercles,

L'inventaire et la maintenance de l'équipement par l'élaboration et la mise en œuvre d'une capacité locale d'entretien et de réparation.

Les ressources financières gérées par les cercles le seront avec l'appui de la région en conformité avec les directives de comptabilité élaborées au niveau de la Direction administrative et financière du Ministère chargé de la santé publique dans le cadre du système d'information de gestion qui sera mis en place ;

✓ le soutien aux équipes socio sanitaires de cercles en matière d'information, d'éducation et de communication.

Financement : La stratégie gouvernementale vise d'abord à rationaliser le financement du secteur afin de maximiser les économies possibles, puis d'augmenter ce financement.

En matière de financement public de la santé, une étude financière est en voie de réalisation qui aidera le Ministère chargé de la santé publique à examiner sa nomenclature budgétaire et à la rendre plus fonctionnelle, mettre en œuvre des normes budgétaires pour le fonctionnement et l'investissement, et un système de suivi des coûts et les dépenses, préparera des budgets consolidés et des plans de financement intégrant les contributions du secteur public, privé et de l'apport extérieur et définira les principaux indicateurs financiers du tableau de bord.

Dans le cadre du programme d'ajustement structurel, le Gouvernement augmentera progressivement la part du secteur dans son budget total de fonctionnement afin qu'elle passe de 6,6% en 1990 à 7,30% en 1991 et 8% en 1992.

Après le PAS, le gouvernement continuera à accroître la part de la santé dans son budget de fonctionnement de façon à atteindre 9% en 1995.

Au niveau des cercles les pouvoirs publics ont défini les modalités de participation des communautés au financement des soins de santé primaires :

- ✓ Participation physique à travers leurs contributions aux constructions et à la maintenance des centres de santé communautaires, à l'aménagement des points d'eau, à l'entretien et à la réparation des pompes ;
- ✓ Participation financière à travers la généralisation du système de recouvrement des coûts (vente de médicaments, tarification des actes, etc.) et la contribution effective des organismes locaux de développement et les ONG à la prise en charge du système de santé.
- ✓ Le gouvernement veillera à ce que les coûts de participation des populations n'entravent pas leur accès aux soins et ne compromettent pas le développement des services.
- ✓ Le cadre de politique, les plans et les stratégies sanitaires ainsi définis doivent concourir à faciliter la mobilisation des financements extérieurs. L'utilisation efficiente de ces ressources nécessite leur coordination en rapport avec celles de l'Etat et des communautés. La coordination de l'aide extérieure sera ensuite assurée par des examens annuels conjoints gouvernement – bailleurs au cours desquels les programmes et les projets seront passés en revue.

Personnel : En application des cadre organisation, le Ministère se propose de prendre des mesures afin d'assurer une meilleure adéquation entre les profils des personnels et les postes à pouvoir ainsi qu'à assurer la priorité à donner aux zones rurales.

Médicament : Le gouvernement a choisi de faire de la pharmacie populaire du Mali (PPM) l'outil privilégié d'exécution de la politique qui vise à rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables sur tout le territoire malien dans un délai d'un an à travers les mesure suivantes :

- ✓ adoption de textes juridiques fixant la liste des médicaments essentiels en noms génériques (189 présentement) qui seuls seront exonérés d'impôts et taxes douanières et interdisant l'importation par la pharmacie populaire du Mali 350 équivalents en spécialités correspondant aux médicaments essentiels libellés en DCI (dénomination commune internationale).
- ✓ la levée du monopole d'importation de la PPM et la réglementation, dans ce contexte, des conditions d'importation par d'autres opérations (qualification de l'acheteur, contrôle par le ministère, etc.) ;
- ✓ libéralisation des prix des médicaments ;
- ✓ la mise en place de mécanismes de contrôle de qualité des médicaments essentiels et d'inspection des pharmacies ;
- ✓ adoption d'un contrat plan dans lequel la pharmacie populaire du Mali s'engage, en particulier, à n'acheter des médicaments génériques que par appels d'offres ou par l'intermédiaire de l'UNIPAC, à limiter à 15% la marge préférentielle accordée à l'Usine malienne de produits pharmaceutiques, à se retirer de la distribution et des activités non rentables et ne correspondant pan aux missions essentielles de la PPM et à céder ses officines et succursales aux pharmaciens privés selon un programme établi, à réduire de façon correspondante son personnel et à réviser les prix des médicaments essentiels en fonction de la nouvelle structure des prix.

LA PPM pourra exceptionnellement avoir recours aux consultations restreintes en cas de menaces de ruptures de stock ; les prix obtenus doivent être équivalents à ceux du dernier appel d'offres ou à ceux de l'UNIPAC ; une programmation sera proposée pour l'élimination des équivalents de l'ensemble des 189 médicaments essentiels ;

Mise en œuvre d'un programme de formation et d'information pour promouvoir les médicaments essentiels auprès des prescripteurs, des pharmaciens et des consommateurs ;

Planification des commandes sur plusieurs années de façon à assurer la disponibilité constante des 55 médicaments essentiels les plus critiques au niveau de tous les cercles ;

Seuls les médicaments essentiels seront dispensés dans les formations sanitaires publiques et communautaires ;

La réalisation d'une étude sur l'Usine Malienne de produits pharmaceutiques dans le but d'adapter ses objectifs (ligne de produits, coûts) à ceux de la politique des médicaments essentiels et ce, d'ici à 1992.

Patrimoine : concernant les infrastructures sanitaires la stratégie adoptée met l'accent sur l'extension de la couverture sanitaire par le développement rationnel des établissements de santé et l'intégration des activités avec définition de normes de construction et de maintenance, d'équipement et de personnel, l'ouverture du secteur aux prestataires privés, la priorité donnée à la réhabilitation, à l'équipement et à l'extension éventuelle des infrastructures existantes sur les constructions nouvelles.

Le sous hospitalier : Les hôpitaux constituent le sommet de la pyramide de soins. Ils sont classés en hôpitaux secondaires, régionaux et nationaux. Jusqu'à présent, ils dispensent de la même manière des soins de santé de

base, des soins de technicité élevée, et le dernier niveau de référence pour les malades. La première de ces trois fonctions est appelée à disparaître au fur et à mesure du développement des réseaux de CSCOM urbains. C'est dans le cadre des deux autres fonctions que le gouvernement a entrepris la restructuration du secteur hospitalier en érigeant les hôpitaux nationaux en établissements publics à caractère administratif dotés de l'autonomie budgétaire qui garantirait au Ministère chargé de la santé publique et celui chargé des finances une gestion rigoureuse des ressources. Une expérience-test est en cours au niveau de l'hôpital du point G avec le partenaire français dont les conclusions seront examinées avec les bailleurs et prises en compte dans la mise en œuvre de la politique hospitalière.

Le secteur privé de la santé : convaincu que l'intégration des privés dans le secteur de la santé permettra d'accroître la couverture de soins, l'efficacité du développement du secteur privé.

Elles concernent l'assouplissement des conditions d'exercice des professions sanitaires notamment en matière de normes d'ouverture d'établissement, la révision dans le sens d'une libéralisation des tarifs et l'autorisation des privés à prendre part à l'intégration des activités de planification familiale dans leurs activités de soins, l'interrelation à créer entre secteur public et secteur privé sous l'égide du Ministre chargé de la santé publique avec le concours des ordres de santé.

Dans le cadre de la préparation des jeunes diplômés à l'accès à l'emploi, le deuxième projet servira de cadre à des stages rémunérés en vue de combler le déficit en personnel nécessaire au projet et en même temps de leur permettre d'acquérir de l'expérience avant leur installation dans le privé au niveau des communautés ou à leur propre compte. Le gouvernement encourage les communautés urbaines et rurales à engager des jeunes

diplômés pour réaliser en leur sein le programme de centres de santés communautés.

L'évaluation de ces différentes approches à tester dans le cadre de l'intégration du secteur privé dans la politique nationale de santé du gouvernement permettra de définir des stratégies appropriées en la matière.

Hydraulique rurale : Afin de renforcer l'impact de sa stratégie de santé, le Gouvernement poursuivra sa stratégie basée sur la participation des villageois au financement, à l'exécution et au suivi systématique des points d'eau. En outre, le programme d'hydraulique villageoise servira de support à travers l'iodation, à la lutte contre les carences en iode.

3-6-2- Population et planification familiale

En juillet 1990 s'est tenu à Bamako un débat public sur la politique de population du Mali, dont les conclusions et recommandations devraient être approuvées début 1991. Cette politique se fixe pour objectifs :

- ✓ d'améliorer l'état de santé de la population, en particulier les femmes, les enfants et les personnes âgées ;
- ✓ d'adopter la fertilité au potentiel de développement économique ;
- ✓ d'améliorer les conditions de vie à travers la sécurité alimentaire, la protection de l'environnement, la valorisation des ressources humaines, la promotion féminine et la recherche démographique ;
- ✓ et de faire de la migration un élément à part entière des plans de développement du pays.

A l'intérieur de cet ensemble qui relève de plusieurs Ministères, la responsabilité du Ministère chargé de la santé porte plus particulièrement sur la planification familiale.

Dans ce domaine, notre stratégie vise un développement intégré des services de planification familiale, l'amélioration du bien-être de la famille, et tout particulièrement la promotion de la femme. Elle a pour double objectif d'améliorer la santé de la mère et de l'enfant à travers l'espacement des naissances et pour le pays, d'adapter la fécondité à son potentiel socio-économique. A cet effet, les mesures suivantes ont été prises :

- ✓ élaboration et mise en œuvre d'une stratégie nationale de planification familiale et d'information-éducation et communication-mobilisant les services de santé publique, privés, communautaires ainsi que les organisations non gouvernementales ;
- ✓ levée de l'interdiction d'accès aux services de planification familiale à une femme, mariée ou non, sans autorisation maritale ou parentale préalable. Toutes les parties prenantes à cette composante en seront informées par un texte réglementaire ;
- ✓ Autorisation de distribution de contraceptifs non hormonaux par le personnel sanitaire des centres de santé d'arrondissement et communautaires tandis que pour les contraceptifs hormonaux la prescription est médicale avec distribution et suivi par le personnel sanitaire qualifié des centres de santé d'arrondissement et communautaires. Pour ce faire, des modules de formation et des normes et procédures ont été élaborés et serviront à la mise en œuvre de cette stratégie.

Une fois les contraintes levées, les actions de développement des services de planification et d'information, éducation et communication réalisées, le Gouvernement vise que d'ici la fin de 1996, 75% des femmes urbaines et 50% des femmes rurales connaissent l'existence et l'utilité des moyens contraceptifs modernes et qu'un taux de prévalence contraceptive moderne de 10% soit atteint dans les régions de concentration de projets et de 8,5% pour l'ensemble du pays.

L'implantation géographique des activités de planification familiale suivra celle de l'information, éducation, communication (IEC). Pour ce faire, les services de planning seront renforcés en conformité avec la stratégie nationale de santé maternelle et infantile / planification familiale définie par le Gouvernement.

Les activités d'information d'éducation et de communication seront intensifiées en utilisant tous les canaux de communication appropriés afin de stimuler la demande de service de planning là où elle est faible.

En outre, un fonds autonome pour les activités en matière de population dont les mécanismes de gestion et cadre juridique sont définis sera mis en place après la création du Conseil national de coordination des programmes de population (CONACOPP) et permettra de financer avec souplesse mais selon des critères et règles de fonctionnement rigoureux, les sous- projets population et promotion féminine qui seront approuvés.

III. METHODOLOGIE

1. Cadre d'étude :

Notre étude s'est déroulée au Centre de Santé de Référence de la Commune IV du district de Bamako.

a. La Commune IV du district de Bamako

Le district sanitaire de la commune IV comporte un centre de santé de référence (CSRéf), neuf centres de santé communautaire (CSCOM), une maternité, trente sept structures privées et un centre de recherche CNAM. Le centre de santé de référence est situé en plein cœur de la commune IV, à Lafiabougou.

La commune IV elle même fut créée par l'ordonnance N°78-34/CMLN du 18 Août 1978 et placée sous la tutelle du Gouverneur du district de Bamako. Elle est constituée par 8 quartiers dont le plus ancien est Lassa et le nouveau Sibiribougou. Sa superficie était de 37,68km² pour une population de 245 421habitants en 2008[7].

b. Personnel du centre de santé de référence de la commune IV

Le centre de santé de référence emploie

- Trois médecins gynécologues obstétriciens, dont un est le médecin chef du centre,
- Un médecin ophtalmologiste,
- Un médecin spécialiste en ORL
- Sept médecins généralistes,
- Vingt cinq sages-femmes,
- Cinq assistants anesthésistes réanimateurs,
- Sept infirmiers d'état,
- Trois techniciens supérieurs et deux assistants de laboratoire,
- Un assistant en odonto-stomatologie,
- Dix aides-soignants,
- Une gérante de pharmacie,
- Quatre manoeuvres,
- Cinq chauffeurs,
- Sept comptables,

c. Les locaux du centre de santé de référence de la commune IV

Le centre de santé de référence comporte :

- un bureau de consultation gynécologique,
- deux bureaux de consultation médicale,
- deux salles de consultation pédiatrique,
- un bureau de consultation ophtalmologique,

- un bureau des urgences,
 - deux blocs opératoires,
 - une salle d'accouchement,
 - douze salles d'hospitalisation, dont :
 - six salles pour la gynécologie obstétrique avec 24 lits
 - deux salles pour la chirurgie générale avec six lits,
 - trois salles pour la médecine et la pédiatrie,
 - et une salle pour l'ophtalmologie.
 - une unité de consultation prénatale, une unité de consultation postnatale,
- un cabinet dentaire, un laboratoire, DAT,
- une USAC,
 - deux salles de soins infirmiers,
 - une morgue,
 - Une mosquée,
 - Une salle de vaccination,
 - Un bureau PEV local
 - Un bureau pour le service social,
 - Un bloc pour la brigade d'hygiène

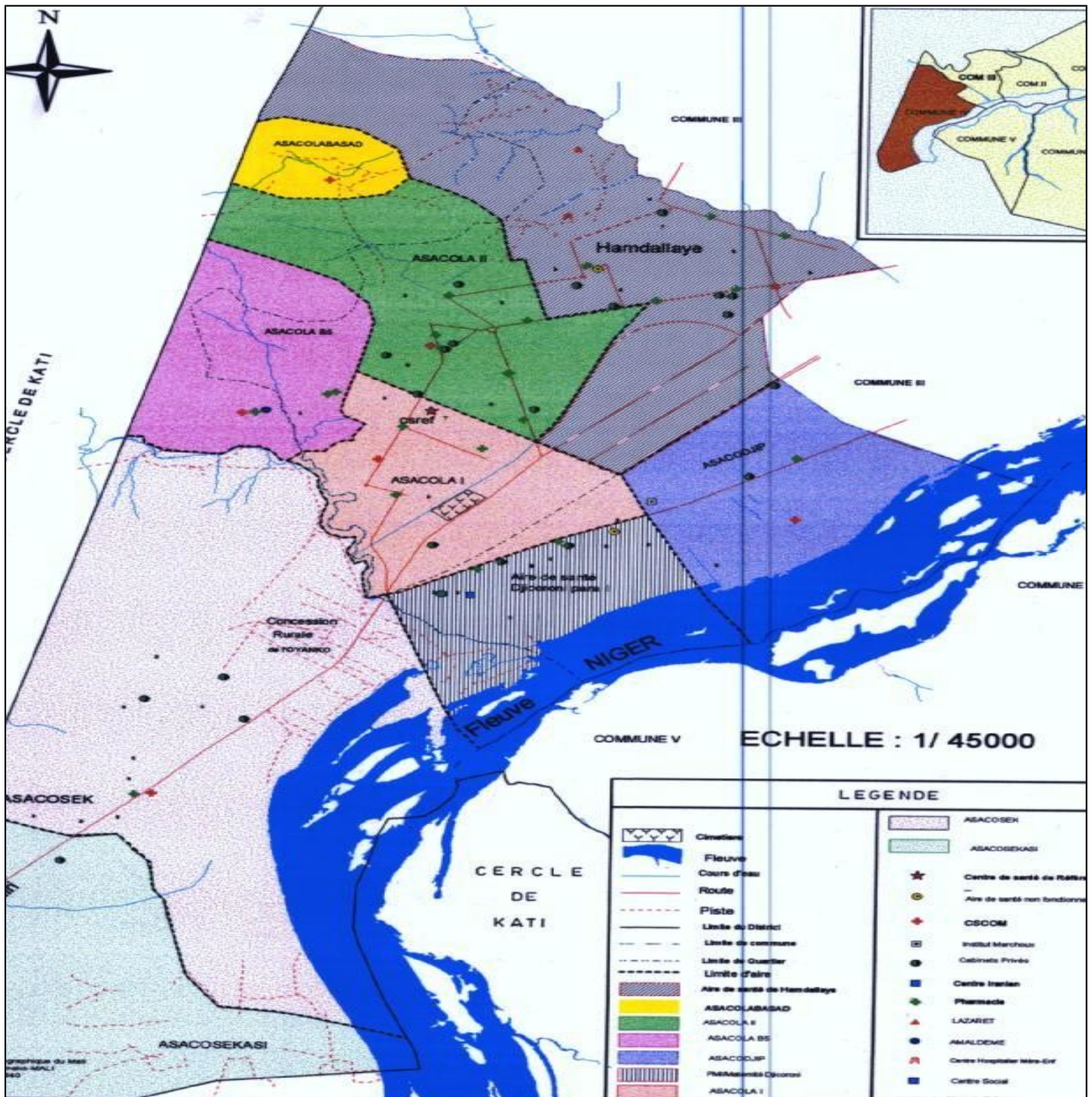


Figure A1 : carte sanitaire de la commune IV du district de Bamako.

Source PDSC 2004-2008

2. Type et période d'étude :

Nous avons mené une étude descriptive, prospective du 1^{er} avril au 30 septembre 2010 chez les patients reçus en consultations de médecine générale au Centre de Santé de Référence de la Commune IV.

Le choix de cette période d'étude se justifie par une augmentation des taux de fréquentation du centre, caractérisée surtout par une forte prévalence des affections broncho-pulmonaires, les affections chroniques d'avril à juin et des affections parasitaires et infectieuses bactériennes de juin à septembre [8].

3. Population d'étude :

Notre population était constituée des patients reçus en consultation médicale au CSRéf de la Commune IV.

➤ Critères d'inclusion :

Tout nouveau malade reçu en consultation médicale au Centre de Santé de Référence de la Commune IV durant la période d'étude.

➤ Critères de non inclusion :

Tout malade reçu en consultation au Centre de Santé de Référence de la Commune IV dans d'autres services différents du service de médecine et les malades vus pour contrôle après leur première visite durant la période d'étude.

4. Méthode :

Les données ont été collectées sur un questionnaire d'enquête qui a été confectionné par l'étudiant et les encadreurs.

Nous avons procédé à un interrogatoire, un examen physique complet, une prise des paramètres standards (âge, poids, température, tension artérielle, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire.) et la demande des examens complémentaires relatifs à chaque cas.

5. Ethique :

Sur accord des malades qui partageaient avec nous l'utilité de cette enquête, il leur a été expliqué que cette étude a un but purement scientifique, nous avons élaboré une fiche d'enquête sous forme de questionnaire pour chacun de ces malades. Les fiches d'enquête remplies ne feront l'objet d'aucune divulgation ; les résultats seront publiés sous le sceau de l'anonymat ; pour le bien être des patients à améliorer l'organisation de la prise en charge des malades et de renforcer la qualité des prestations selon leur besoin.

6. Saisie et analyse des donnés

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées avec le logiciel SPSS 12.0.

Le traitement de texte et la confection des tableaux et figures ont été effectués avec le logiciel Microsoft Word XP.

7. Quelques définitions opérationnelles : Pour les commodités de notre étude nous avons adopté certaines définitions opérationnelles comme :

Amygdalite : Inflammation aiguë ou chronique des amygdales palatines

Angine : Affection inflammatoire de l'oropharynx atteignant les amygdales et souvent les piliers du voile du palais

Pharyngite : Infections du larynx, majoritairement virales.

Bronchite : Inflammation aiguë des bronches et des bronchioles, d'origine principalement virale

Paludisme : Malade présentant une fièvre supérieure à 38°C en rectal (38,5°C axillaires) associée à un des signes suivants : céphalées, frissons répétées, douleurs musculaires, courbatures, nausées, vomissement et sueurs

Asthme : Maladie inflammatoire chronique des voies aériennes caractérisée par des épisodes paroxystiques d'obstruction bronchique en réponse à divers stimuli ; il est d'origine allergique dans 80 % des cas.

Vers intestinaux : parasite intestinaux les plus part sont éliminées dans les selles d'origine (helminthe-protozoaire)

Grippe : Infection respiratoire aiguë et saisonnière, très contagieuse, la grippe est due à *Myxovirus influenzae*.

Bilharziose urinaire : Tout malade présentant une hématurie terminale (présence du sang dans les dernières gouttes d'urine)

Varicelle : Infection ubiquitaire extrêmement contagieuse, est habituellement une maladie bénigne de l'enfance, caractérisée par un exanthème vésiculeux.

Onychomycose : L'atteinte associée des ongles, elle se traduit par un épaissement et une opacification de l'ongle et par des débris sous unguéaux

Candidose : Infections opportunistes dues à des champignons levuriformes, genre *Candida albicans*

Drépanocytose : Maladie héréditaire entraînant une anomalie du globule rouge, se caractérisant par une anémie chronique, des douleurs ostéo articulaires ou abdominales, causée par une hémoglobine anormale appelée hémoglobine « s »

Hypertension artérielle : Augmentation de la pression sanguine avec maxima > 140mmhg et minima > 90mmhg chez les femmes enceintes maxima > et la minima > 80mmhg.

Diabète : syndrome de polyurie / polydipsie associée à une élévation du taux de sucre dans le sang supérieur ou égal 1,26 g /dl lors de deux contrôles différents.

IV. RESULTATS

A- ASPECTS SOCIODEMOGRAPHIQUES :

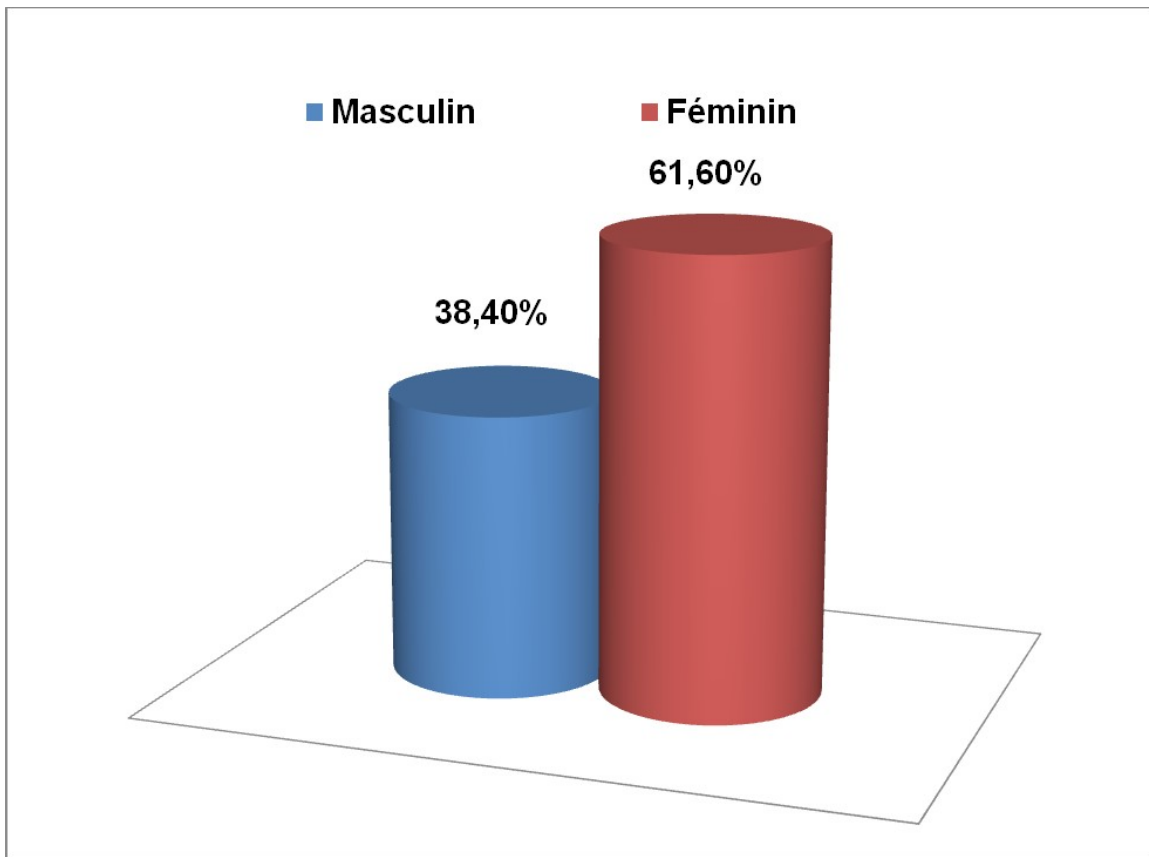


Figure 1: Répartition des patients selon le sexe

Le sexe féminin représentait **61,60 %** contre **38,40%** pour le sexe masculin.

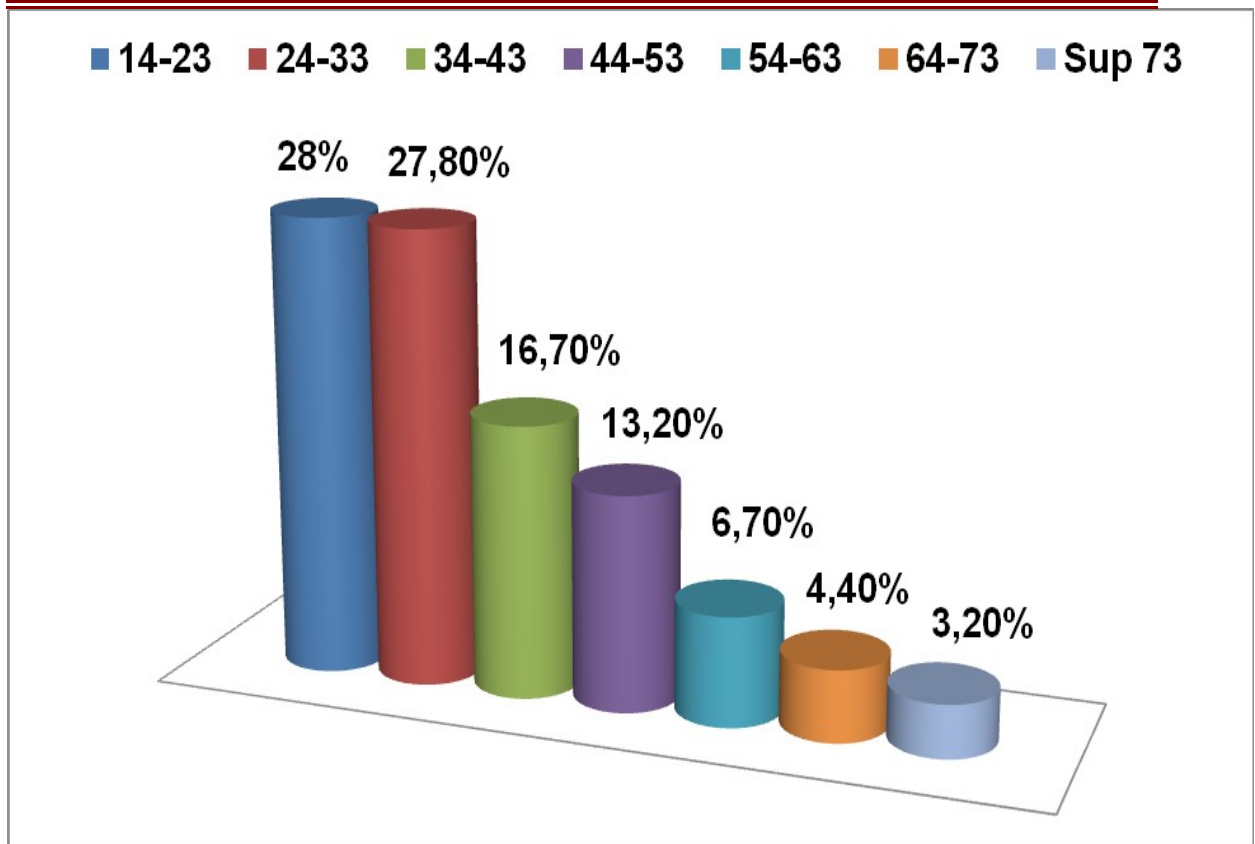


Figure 2: Répartition des patients selon l'âge

La tranche d'âge **14-23** ans représentait **28 %** contre **3,20 %** pour les patients âgés de plus de **73** ans.

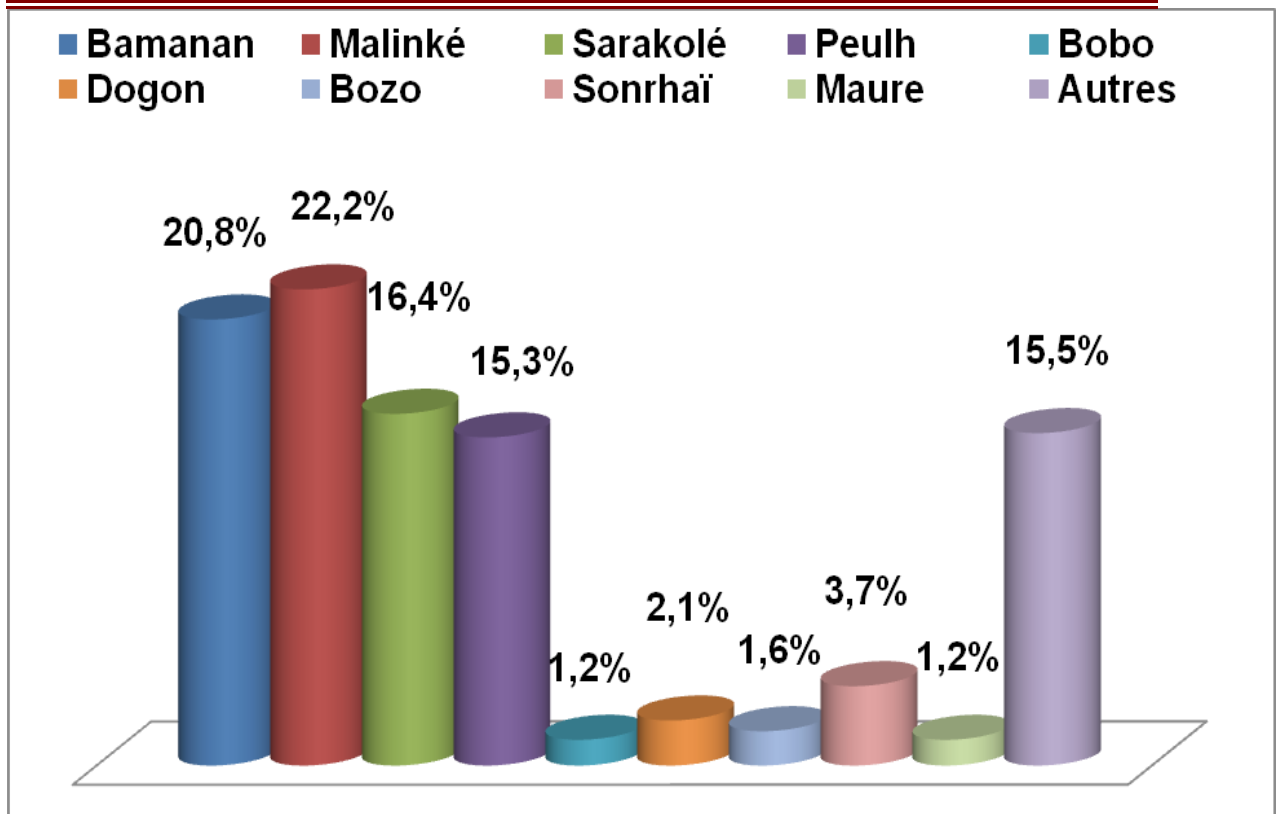


Figure 3: Répartition des patients selon l'ethnie

Les malinkés représentaient **22,20 %** de l'échantillon.

Autres: miankas ; kassonkés ; sonikés ; kakolos etc....

Tableau I: Répartition des patients selon la profession

Profession	Effectifs	Pourcentages
Femme au foyer	164	38,00
Elève/étudiant(e)	78	18,10
Commerçant	39	9,00
Cultivateur	35	8,10
vendeur	13	3,00
Teinturière	10	2,30
Secrétaire	10	2,30
Enseignant	9	2,10
Chauffeur	6	1,40
Comptable	5	1,20
Electricien	5	1,20
Couturière	4	0,90
Blanchisseur	1	0,20
Autres	53	12,30
Total	432	100,00

Les femmes au foyer représentaient **38%** de notre échantillon.

NB :

Autres : Tailleurs, Coiffeuses, Aides ménagères, Forgerons, Artistes, Mécaniciens, Cordonniers etc....

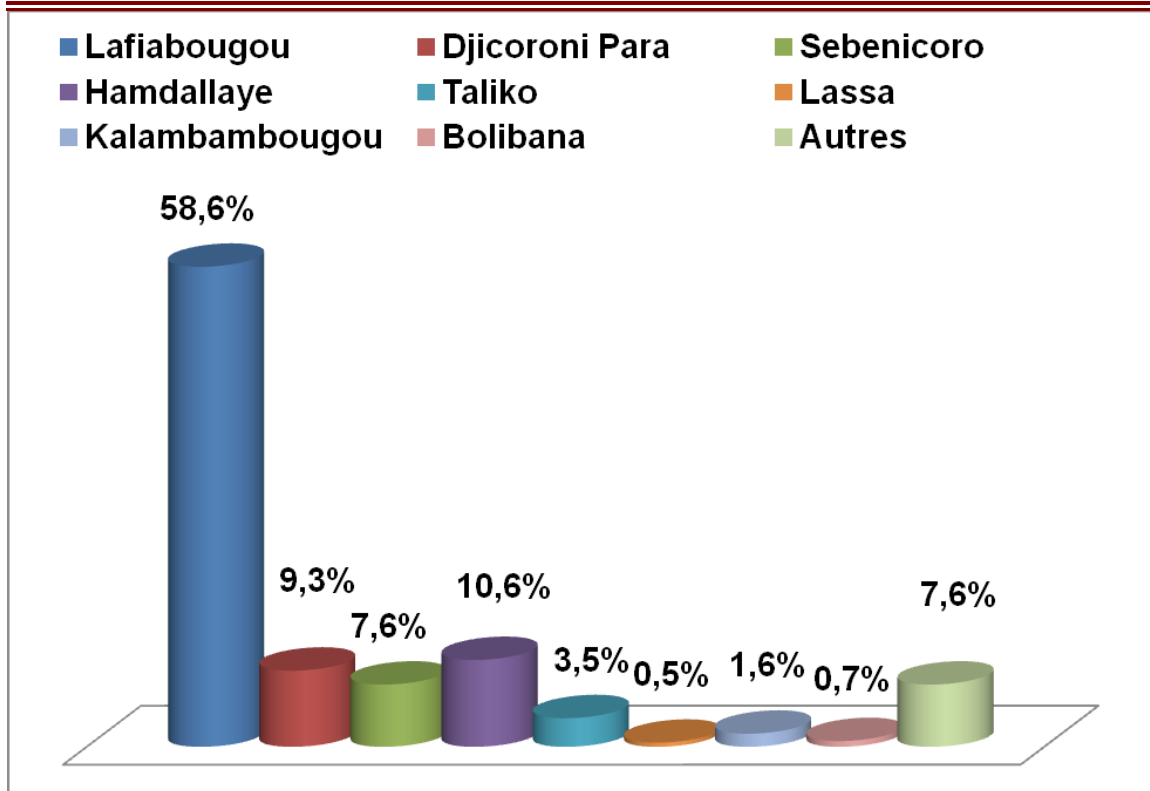


Figure 4: Répartition des patients selon la provenance

Les patients résidant à lafiabougou représentaient **58,60%** de notre échantillon.

Autres: Sibiribougou, kanadjiguila, kodiambougou, Darsalam

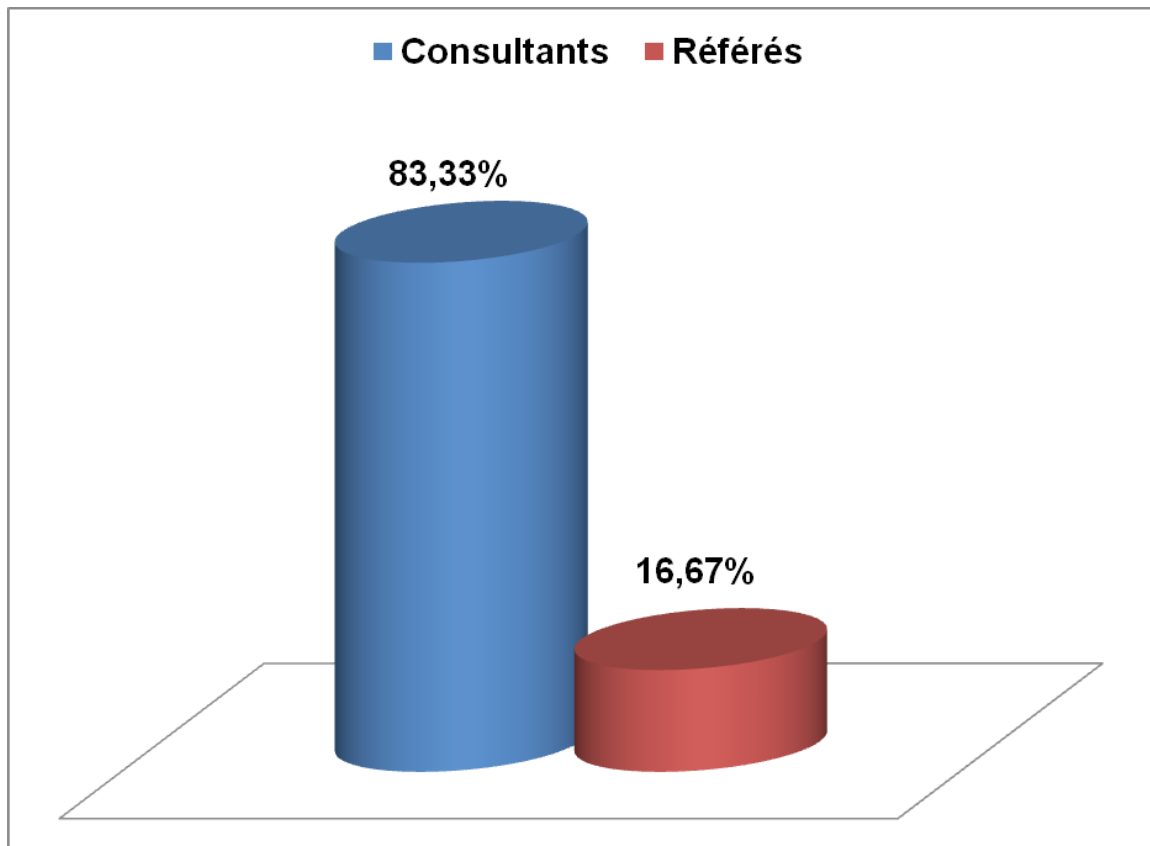


Figure 5: Répartition des patients selon le mode d'admission

Les patients venus d'eux-mêmes sont majoritaire soit **83,33%**.

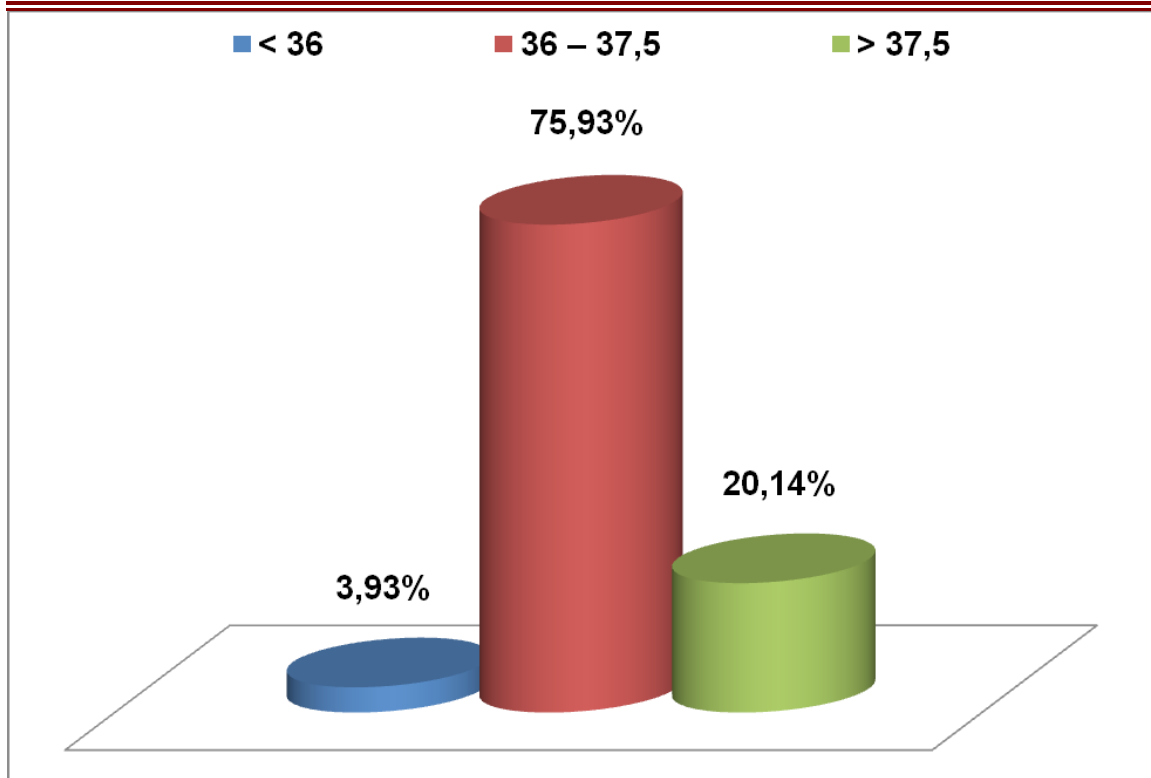


Figure 6: Répartition des patients selon température corporelle

La température était supérieure à 37,5° c dans 20,14%.

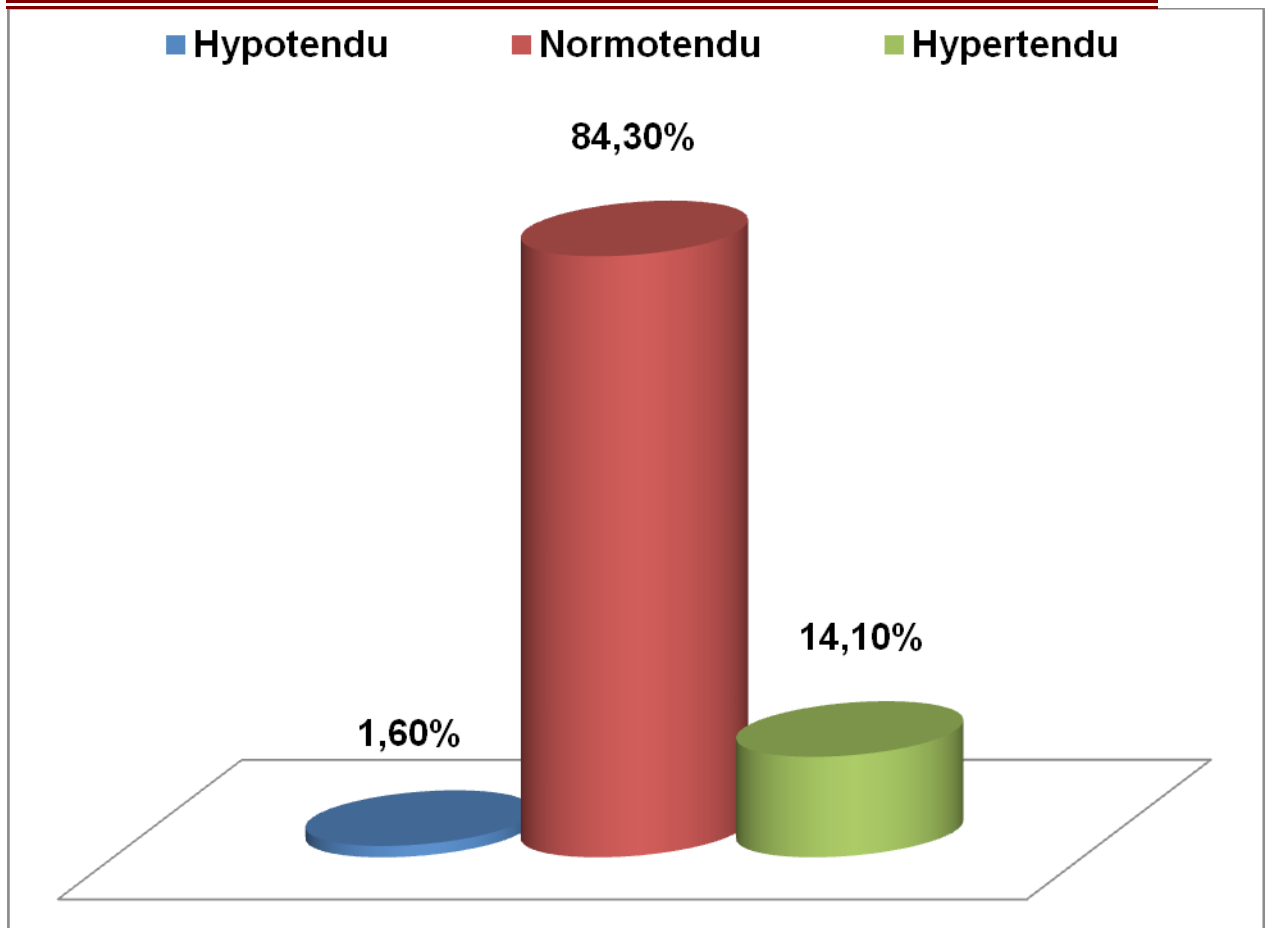


Figure 7: Répartition des patients selon la pression artérielle

L'hypertension artérielle était présente dans 14,10%.

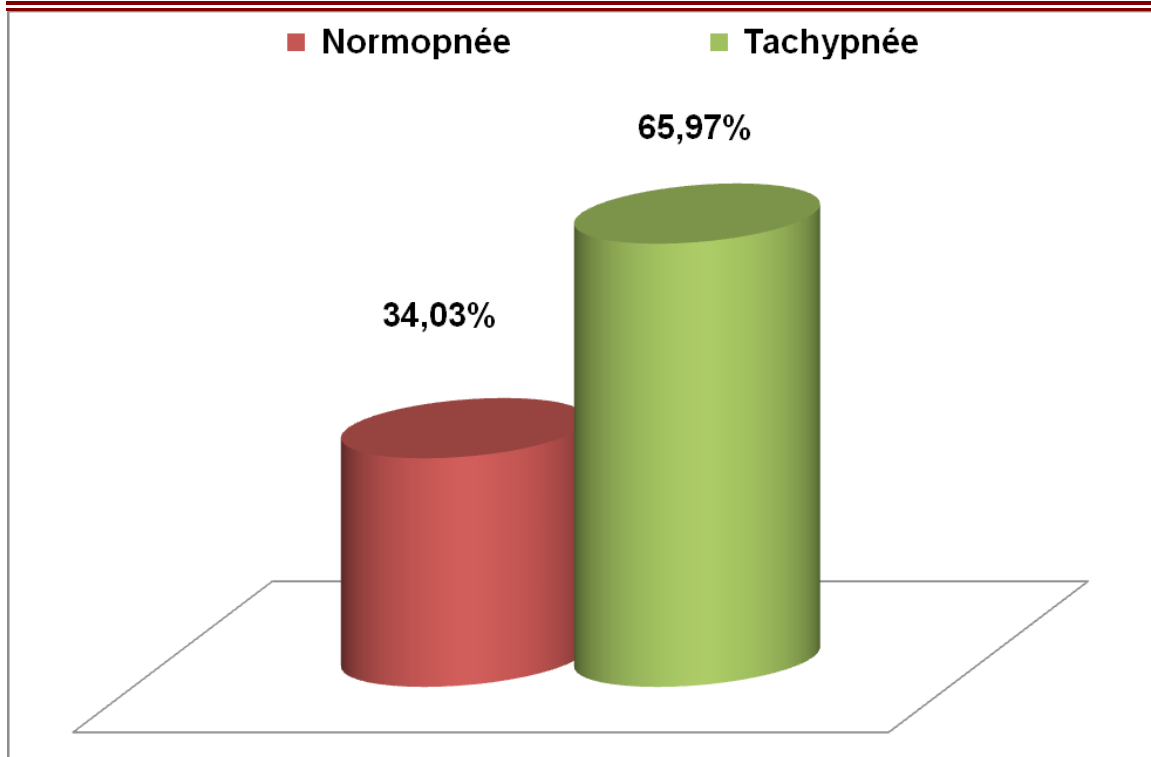


Figure 8: Répartition des patients selon la fréquence respiratoire

Les patients présentant une tachypnée représentaient 65,97%.

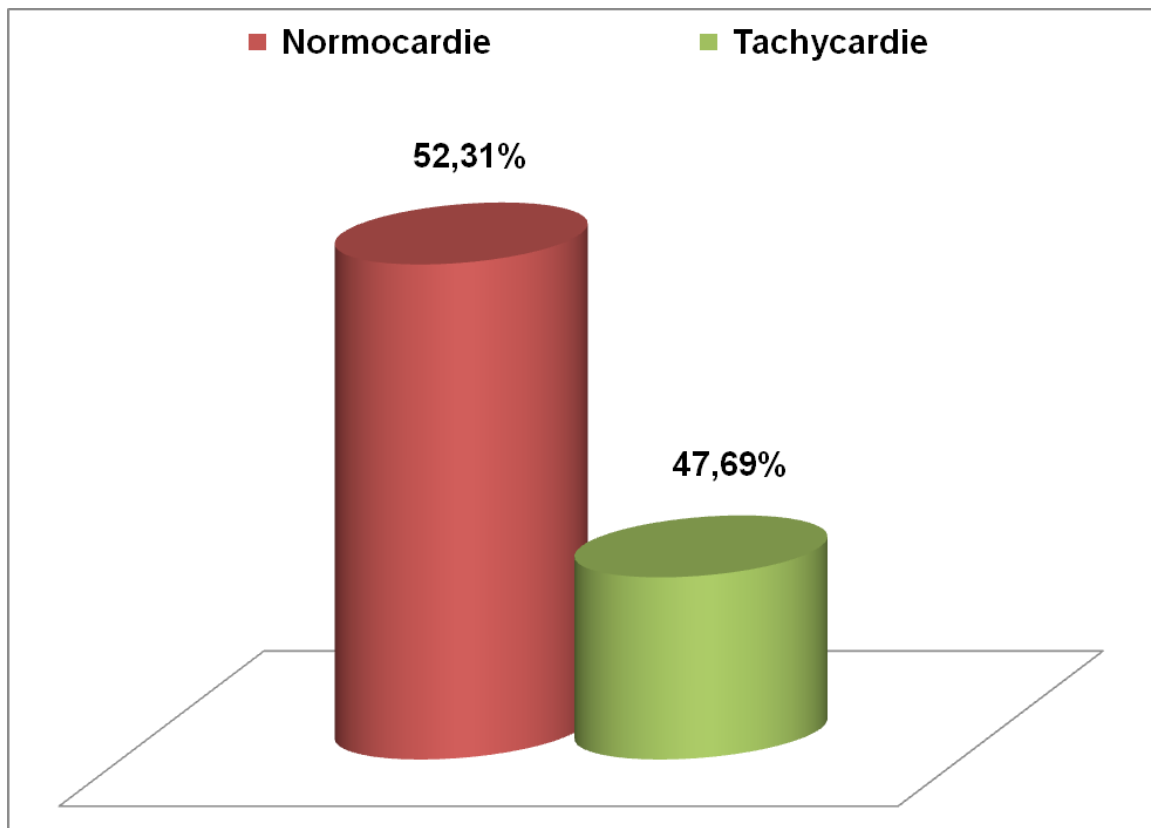


Figure 9: Répartition des patients selon la fréquence cardiaque

La tachycardie était retrouvée dans **47,69%** des cas.

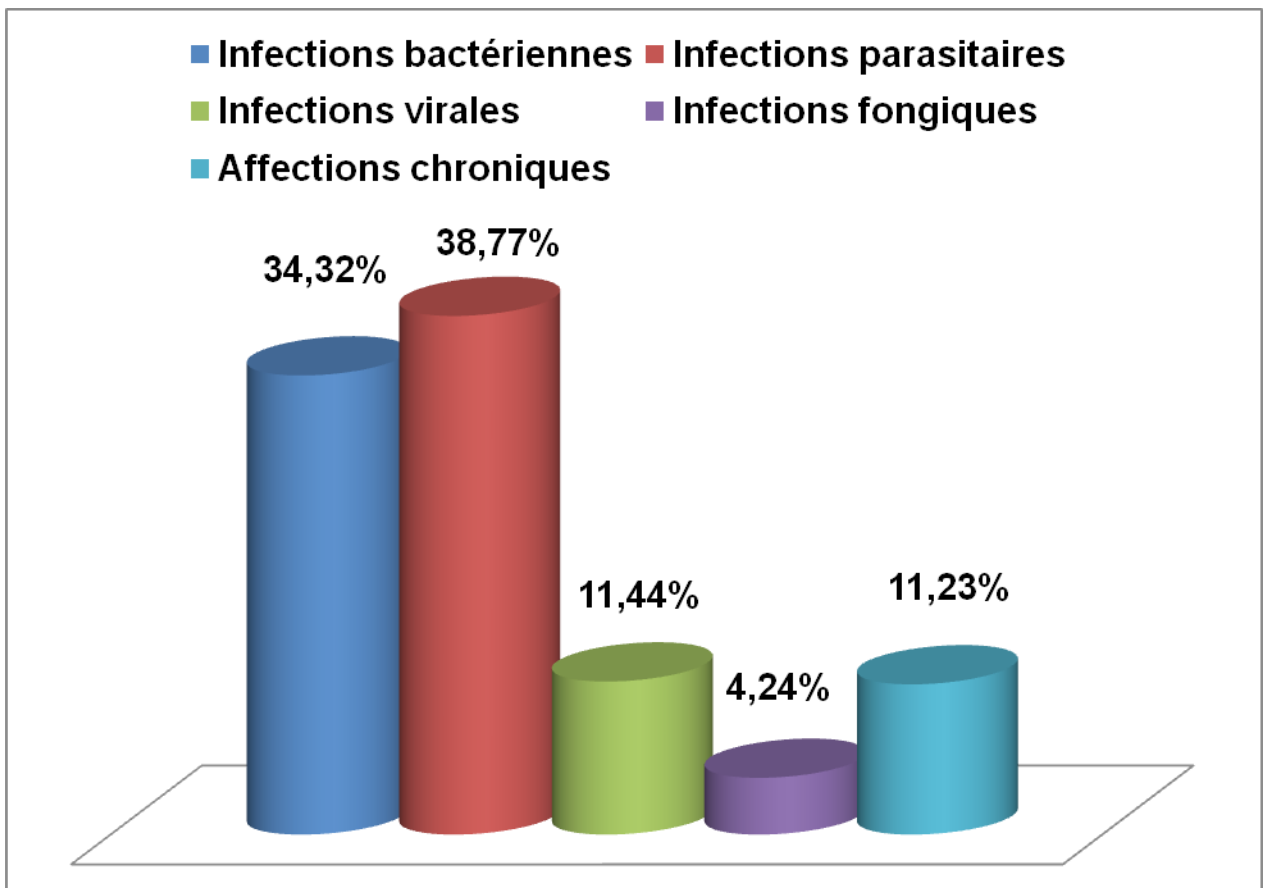


Figure 10: Répartition des patients selon les diagnostics

Parmi les diagnostics **38,77%** des patients faisaient une infection parasitaire

REMARQUE :

Infections bactériennes : Fièvre typhoïde, amygdalite, angine, Pharyngite, bronchite,

Infections parasitaires : paludisme, parasitoses intestinales,

Affections virales : syndrome grippal, varicelle,

Infections fongiques : Onychomycose, *Candidas albicans*,

Affections chroniques : drépanocytose, HTA, Asthme, diabète,

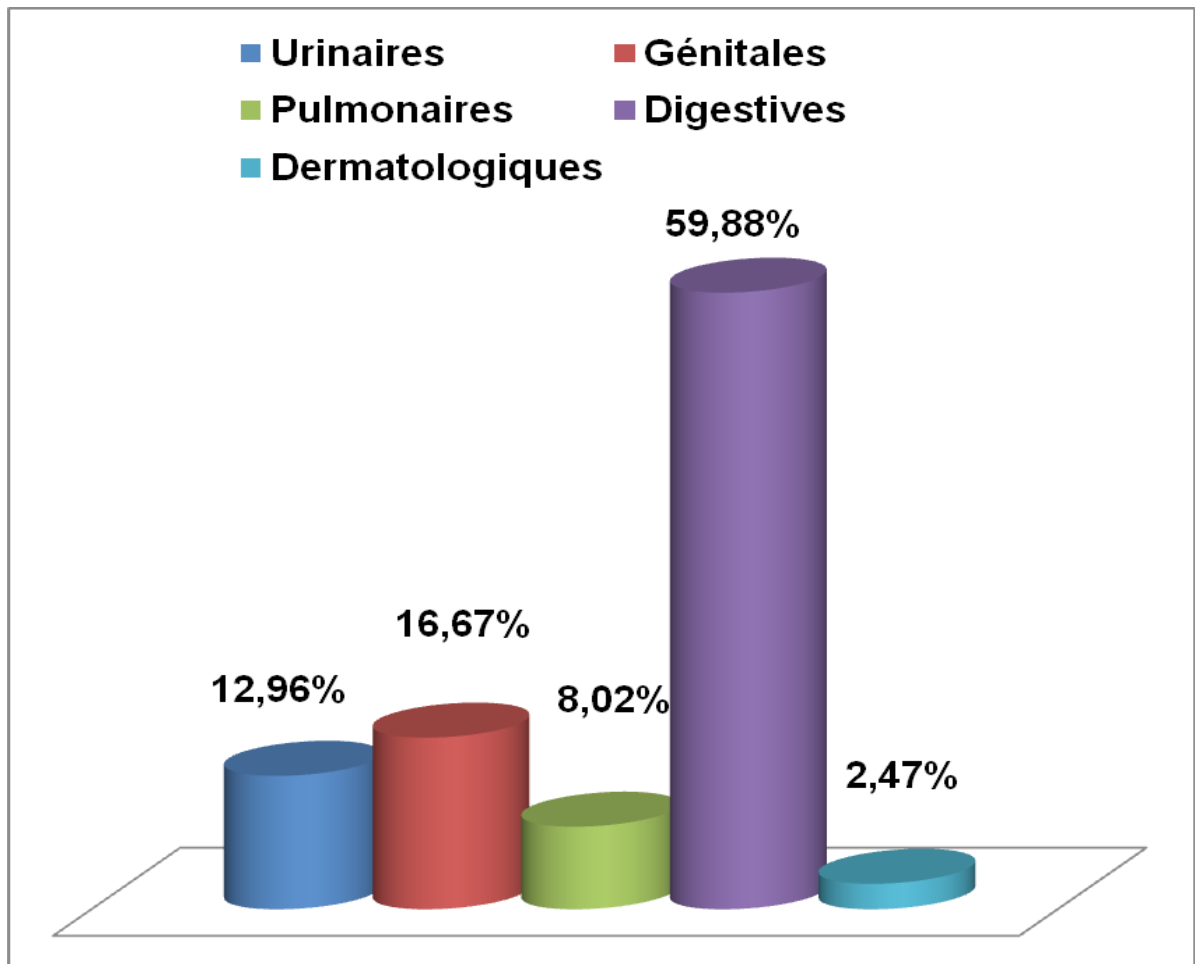


Figure 11: Répartition des patients selon Infections bactériennes

Les infections bactériennes digestives ont été les plus représentées soient **59,88%**

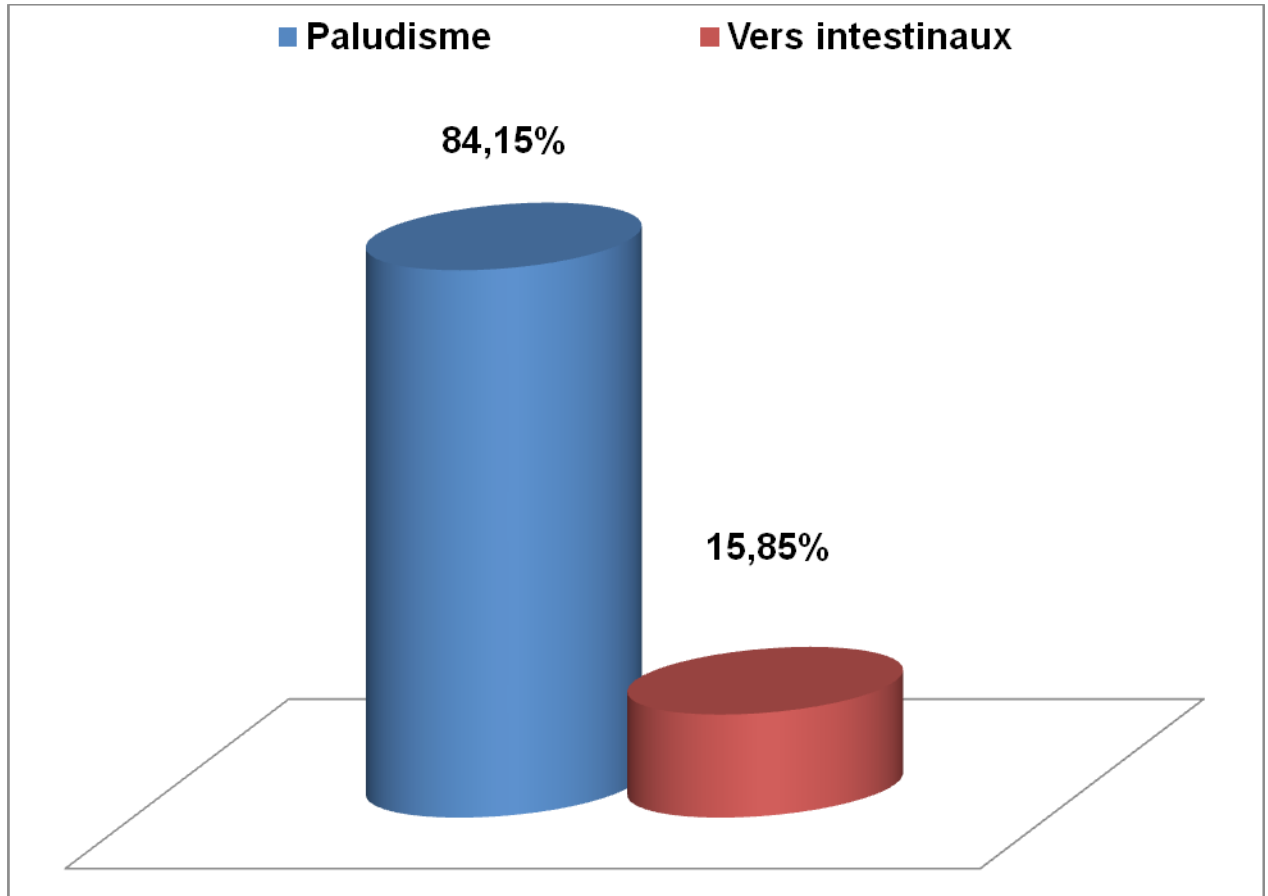


Figure 12 : Répartition des patients selon les infections parasitaires

Parmi les infections parasitaires rencontrées le paludisme vient en tête soit **84,15%**.

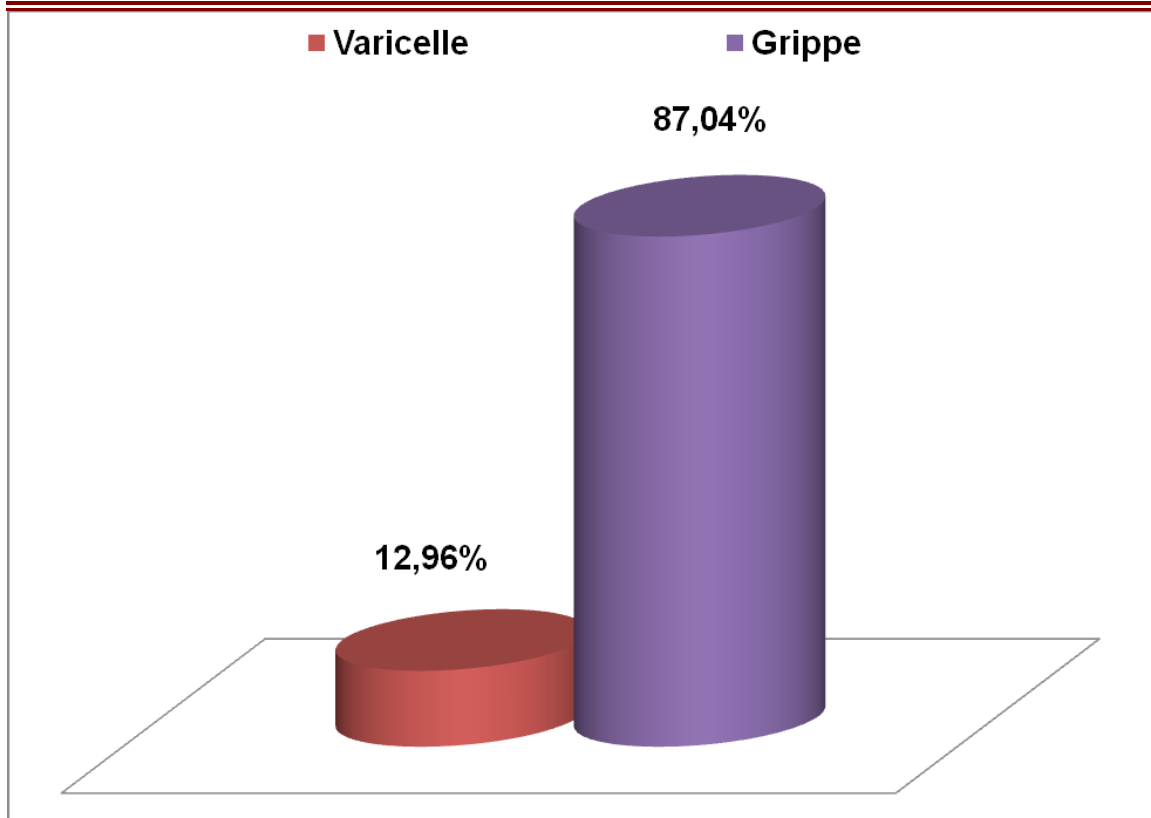


Figure 13: Répartition des patients selon les affections virales

La grippe représentait **12,96%** des cas.

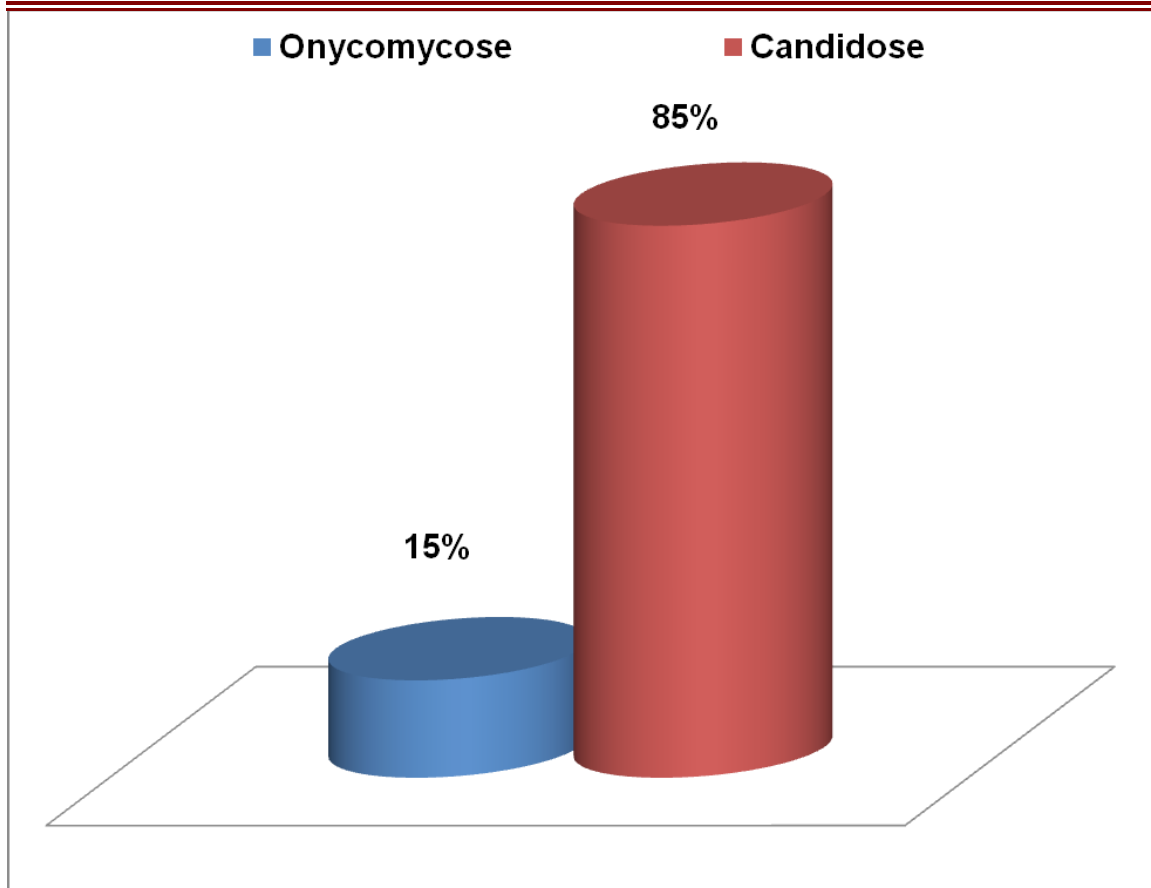


Figure 14 : Répartition des patients selon les infections fongiques

L'infection fongique la plus représentée était le *Candida albicans* soit 85%.

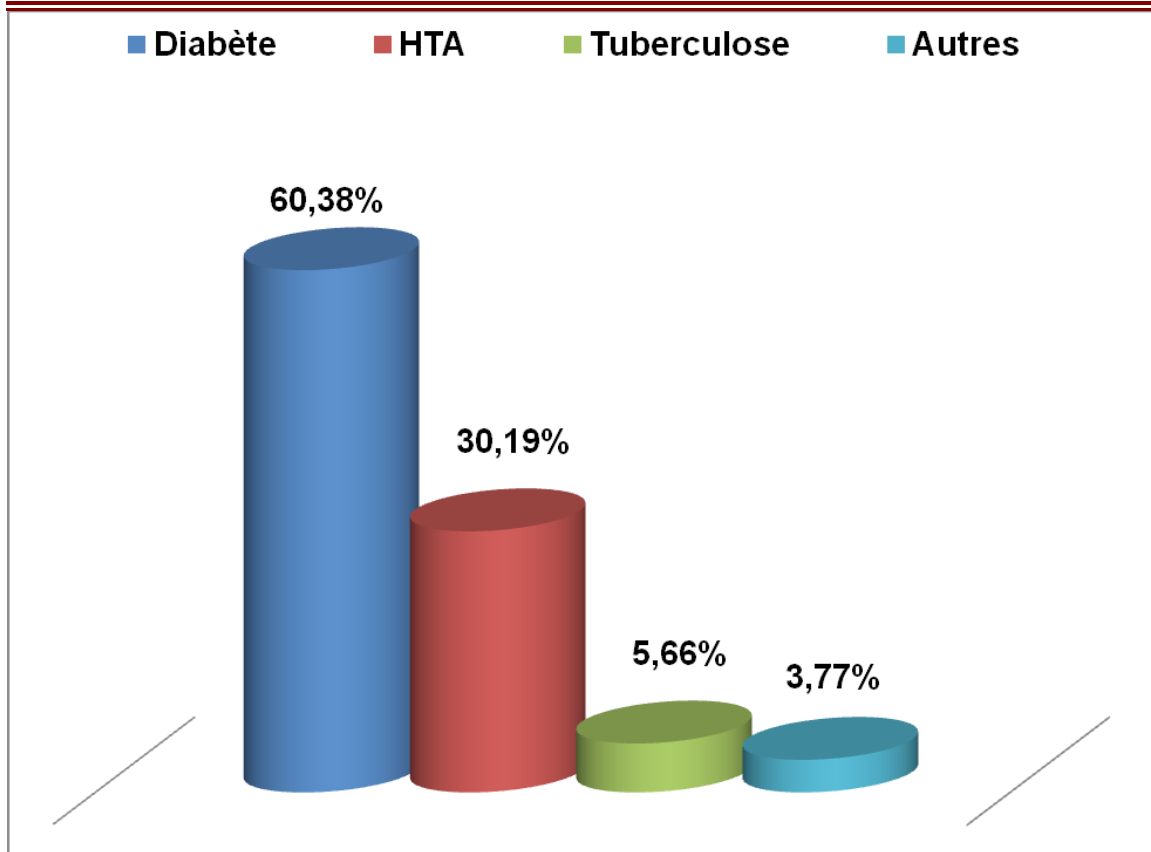


Figure 15 : Répartition des patients selon les affections chroniques

L'affection chronique la plus représentée était le diabète soit **60,38%**.

NB : autres (asthme, rhumatisme articulaire, goutte)

Tableau II: Répartition des patients selon les pathologies fréquemment rencontrées.

Pathologies	Effectifs	Pourcentages
Paludisme	154	35,65
Fièvre typhoïde	49	11,34
Syndrome gastrique	44	10,19
Syndrome grippal	40	9,26
Gastroentérites	26	6,01
Broncho-pneumopathie	24	5,56
Infection urinaire	14	3,24
Bilharziose urinaire	12	2,78
Diabète	11	2,55
Asthme	10	2,31
Hernies	7	1,62
Autre	41	9,49
Total	432	100,00

Les patients atteints de paludisme ont représenté **35,65%**.

Autres à préciser : Cataracte, glaucome, BAV, cardiopathie, péricardite, lymphome, Erysipèle, Eczéma, varicelle, rougeole, boubouille, oreillon, anémie, adénopathie périphérique.

Tableau III: Répartition des patients selon les examens complémentaires biologiques demandés

Examens biologiques	Effectifs	Pourcentages
Sérodiagnostic Widal et Félix	75	32,61
Glycémie à jeun	44	19,13
ECBU	30	13,04
Urée	28	12,18
Créât	28	12,18
PV	19	8,26
NFS-VS	3	1,30
Crachat BARR	3	1,30
Total	230	100,00

Le sérodiagnostic Widal et Félix représentait **32,61%** de nos examens biologiques demandés.

Tableau IV: Répartition des patients selon les examens radiologiques demandés

Examens radiologiques	Effectif	Pourcentage
------------------------------	-----------------	--------------------

Echo abdomino-pelvienne	23	53,49
Radiographie thoracique	10	23,26
Radiographie ostéoarticulaire	6	13,95
Echographie cardiaque	4	9,30
Total	43	100,00

L'échographie ab domino- pelvienne représentait **53,49%** de nos examens radiologiques demandés.

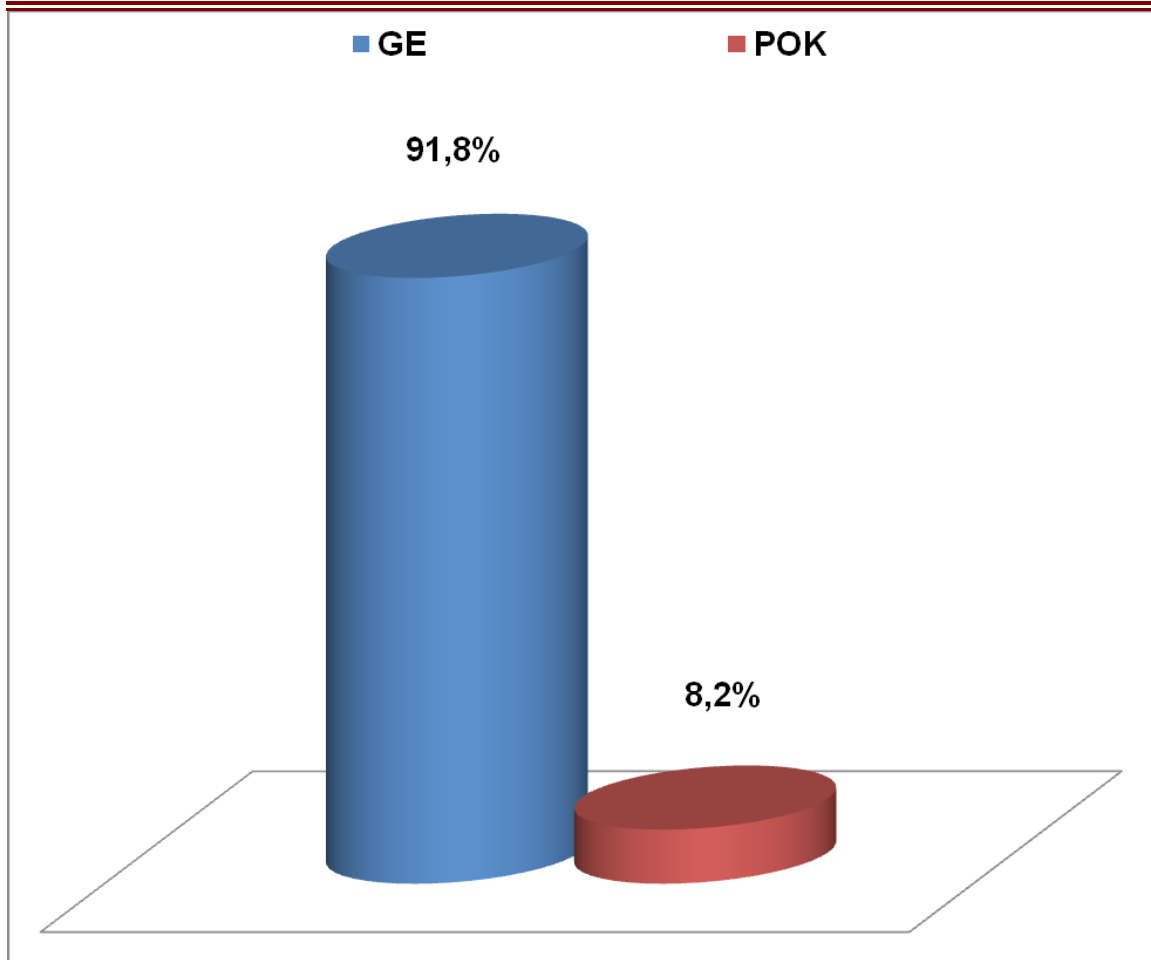


Figure 16: Répartition des patients selon les examens parasitologiques demandés

La goutte épaisse représentait **91,80%** des examens parasitologiques demandés.

Tableau V: Répartition des patients selon la prescription reçue

Conduite à tenir	Effectifs	Pourcentages
Antipaludiques	144	33,34
Antibiotiques	82	18,98
Référé	55	12,73
Association antibiotiques	39	9,03
Anti-hypertenseurs-régime mi salé	32	7,41
Association antibiotique-antiacide-IPP	29	6,71
Antiparasitaire	20	4,63
Antalgiques	10	2,32
Association antibiotiques-antipaludiques	9	2,08
Perfusion de soluté	5	1,16
Association antibiotique-antiacide	3	0,69
Antitussif	3	0,69
Anti-inflammatoires	1	0,23
Total	432	100,00

Les patients ayant reçu les anti- paludiques représentaient **33,34%** de notre échantillon.

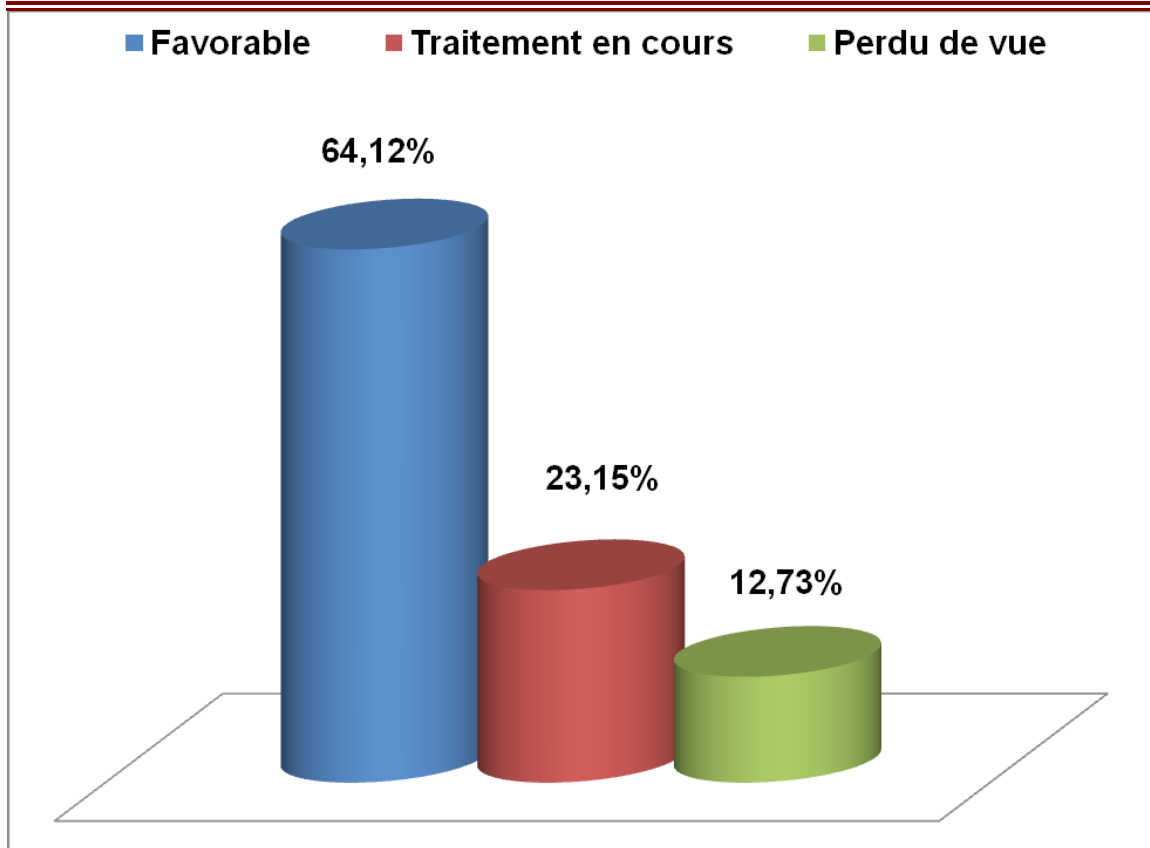


Figure 17: Répartition des patients selon l'évolution clinique

Les patients chez qui l'évolution a été favorable représentaient **64,12%** de notre échantillon.

V. DISCUSSIONS

Cette étude prospective réalisée sur une période de 6 mois révèle quelques insuffisances inhérentes à cette méthodologie : malades perdus de vue, diagnostics non établis en cours de traitement, inaccessibilité des examens para cliniques de certains malades, faible pouvoir économique du patient.

Au cours de cette étude nous en avons enregistré quatre cent trente deux(432) patients qui a rapporté une prédominance dans la tranche d'âge de 14 et 23 ans soit 28% contre la tranche d'âge la moins représentée 73 ans et plus soit 3,20%.

La moyenne d'âge était de 51ans avec un minimum de (14ans) et un maximum de 89 ans. Par contre Sympara [9] en 2006 a obtenu un maximum de fréquentation dans la tranche d'âge 25-49 soit 23,5%.Cela pourrait s'expliquer par le fait que cette tranche d'âge était la plus fréquente dans notre série.

Le sexe féminin représentait 61,60% contre 38,40% pour le sexe masculin.

Le sex- ratio a été de 1,60 H/F.

Cette prédominance fut retrouvée par Sympara [9] en 2006 au CSRéf de Macina, sur l'évaluation des activités des services de médecine avec un taux de 51,71% le sex-ratio était de 1,07 H/F, par Baldé en 1997 [10] et Soumana M en 2005 [11] ont rapporte une prédominance féminine.

Cette prédominance féminine, pourrait s'expliquer par une prédominance du sexe féminin dans la population générale au Mali.

Les femmes au foyer et les étudiants (es) étaient les plus représentées avec respectivement 38 % et 18,10%. En 2001 Diarra [12] et en 2002 Ly [13] avaient remarqué que les femmes au foyer représentaient respectivement 5,60 % et 16,40 %. Cette prédominance fut également remarquée par Coulibaly [14] 1995 et Koumaré [15] 1999, qui avaient trouvé

respectivement 32 % et 48,2 %. La fréquence élevée des femmes au foyer pourrait s'expliquer par le fait que ces couches socioprofessionnelles viennent en tête dans notre échantillon étudié.

Les ethnies par ordre de fréquence sont :

les Malinkés ont représenté le plus grand nombre élevé parmi les ethnies recensées avec 22,2% (n° 96) suivi des Bambara avec 20,8% (n° 90) des Sarakolés 16,4% (n° 71) et des Peulh 15,3% (n° 66). Koumare [15] en 1999 et Sissoko [16] en 2001 ont rapporté une prédominance de l'ethnie Bambara soit respectivement 41,20% et 36,80% ceci se résume par le fait que ces ethnies sont les plus représentées dans la commune IV.

La plus part de nos patients résidait à Lafiabougou soit 58,60%. A.N. KONE [17] avait fait la même remarque avec un taux de patients résidents à Lafiabougou à 59,50 %. Cela s'expliquerait par le fait que le centre est situé en cœur de ce quartier.

Malgré l'existence du système de référence - évacuation dans les centres de santé de référence, nous avons constaté que sur 432 malades 83,33% se sont présentés eux-mêmes, au centre et 16,67 % des malades ont été référés. Par contre Sanogo. B [18] avait constaté que sur 1072 malades 30,40% ont été évacués par les ambulances du centre de santé de référence (CS Réf) et plus de la moitié des malades ont été référés. La différence entre ses deux études pourrait s'expliquer par le fait que le système de référence n'est pas bien compris par la population de la commune IV.

Durant notre étude nous avons procédé à un contrôle systématique des paramètres standards qui a révélé que 20,14% de nos patients faisaient la fièvre, 14,10% faisaient hypertension artérielle, 47,69% faisaient une tachycardie et 65,97% faisaient une tachypnée.

Les patients atteints de paludisme ont représenté 35,65% de notre échantillon. Par contre la revue de médecine d'Afrique noire [19] sur la morbidité et mortalité en service de médecine interne au centre hospitalier national de Ouagadougou en 1996, trouvait que 27,60% des admis présentaient le neuropaludisme. La différence entre ces deux études pourrait être expliquée par la taille de l'échantillon le lieu et la durée de l'étude.

Il faut noter que beaucoup de pathologies ont été rencontrées lors de cette étude mais les plus fréquentes sont les infections bactériennes digestives soient 59,88%, les infections parasitaires soient 38,77%, les infections virales (grippe) soient 12,96%, les infections fongiques (*Candida albicans*) soient 85%, les affections chroniques (le diabète) soient 60,38%

Il faut également noter que les examens para cliniques fréquemment demandés ont été le sérodiagnostic Widal et Félix soit 47,65%, la goutte épaisse soit 91,80%, l'échographie pelvienne soit 41,86%

Les patients ayant reçu les anti-paludiques représentaient 33,34% des prescriptions.

Les patients chez qui l'évolution a été favorable représentaient 64,12% de notre échantillon.

VI. CONCLUSION

Au terme de notre étude, qui a porté sur 432 patients, dont la durée s'est étendue sur une période allant du 1^{er} avril au 30 septembre 2010 au niveau du service de Médecine du CS Réf CIV du District de Bamako,

- Nous n'en avons constatées que les femmes fréquentes plus le centre de sante de référence que les hommes.

-La majorité est âgée de moins de 23ans.

-Le paludisme reste la pathologie prédominante.

-L'évolution a été favorable dans plus de la moitié des cas.

L'hygiène individuelle et collective permettra de réduire de manière significative l'incidence des pathologies fréquemment rencontrées.

VII. RECOMMANDATIONS

Au regard des résultats et de la conclusion de notre étude, les recommandations suivantes ont été formulées et s'adressent respectivement aux :

Autorités:

- Renforcer le plateau technique des centres (CSComs et CSRéf) pour une prise en charge efficiente et efficace des malades
- Assurer la communication sur le paquet de services offerts dans les CSComs

Agents de santé:

- Renforcer les actions d'IEC,
- Etendre le système référence-évacuation aux autres malades en dehors des femmes enceintes

Populations :

- Fréquenter les structures sanitaires les plus proches pour avis professionnel devant toute situation de santé.
- Encourager, surveiller et aider les proches vivants avec des maladies chroniques.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1- : [http : //www.un.org/esa/population/adult_mort/complete.pdf](http://www.un.org/esa/population/adult_mort/complete.pdf)

OMS. Statistique Sanitaire Mondiale: Methods for estimating 2005 adult mortality. United nation population division, july2002 (esa/p/wp.175)

2- Abdallah, B; Mondher, L; Kamel, Ben S; Hassan, E; and Mohamed,S
La morbidité hospitalière dans un district urbain Tunisie 1998, vol4,
issue n° 1; 95-100 p

3- JAMMAL A. ALLARD, LOSLIER G Dictionnaire d'épidémiologie
1988 EDISM/Malone.

4-BRUCKER GILLES, FASSIN DIDIER Santé publique, 1989, p256,
éditions Ellipses.

5. WONCA EUROPE (The European society of general Practice/Family
Medicine) (Prepared for); The European definition of general
practice/family medicine, WONCA EUROPE, 2002

6. Dembélé B.T. Etude épidémiologique, clinique et pronostique des
ruptures utérines au centre de santé de référence de la commune V du
District de Bamako à propos de 114 cas. Thèse médecine. Bamako 2002
N°28

7. DNSI, actualisation de la population selon le recensement RGPH Avril
1998.

8. Analyse de situation socio sanitaire de la commune IV PDSC 2004-
2008

9. Sympara A. Evaluation des activités des services de médecine au centre
de santé de référence de Macina, Thèse Méd, Bko, 2006 ; 66p.

10. Baldé B : Etude épidémiologiques du CScom de l'ASACOBABA

(Association de santé Communautaire de Banangabougo- Faladie, Commune VI). Thèse Méd, BKO, 1997 ; N°15.

11. soumana M : Etude analytiques des activités du CSCCom de Baco Djicoroni. Thèse Méd, BKO, 2005 ; N°77).

12. Diarra K S. Morbidité et Mortalité dans les services de chirurgie générale. Thèse Méd, Bko, 2001 ; n° 132.54p

13. Ly B A. Morbidité et Mortalité des services de médecine, de soins intensifs et de santé mentale. Thèse Méd, Bko, 2001 ; n°108.70p

14 .Coulibaly, F. Etudes quantitatives des causes de mortalité maternelle à Bko. Thèse Méd., Bko, 1995 ; n°40.195p

15. Koumaré S. les urgences chirurgicales à L' H.N.P.G. Thèse Méd, Bko, 1999 ; n°86.36p

16. Sissoko, M. Approche épidémiologique de la morbidité maternelle (Bamako 1975-1979).Thèse Méd, Bko, 1980 ; n°190. 132p

17. Koné A N : Décentralisation de la prise en charge des malades diabétiques : cas du CSREF CIV. Thèse Médecine, Bamako 2009. N°09-M-322

18. Sanogo B. Profil de la morbidité et de mortalité au centre de santé de référence de Bougouni. Thèse médecine. Bamako 2006, n° 07M02

19. Y.J. DRABO, M.L. SOME, J.KABORE, S. SAVADOGO, A. LENGANI, R. TRAORE, C. OUEDRAGO.

Morbidité et mortalité en service de médecine interne au centre national
hospitalier de Ouagadougou. Médecine d'Afrique noire 1996; 47(12)

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : KONE

Prénom : Alpha Madani

Titre de la thèse : La morbidité au service de médecine du centre de santé
de

référence (CSRéf) de la commune IV du District de Bamako.

Année Universitaire: 2010 – 2011

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et
d'Odonto- Stomatologie du Mali

Secteur d'intérêt : Médecine et Santé Publique

RESUME

Le service de médecine du centre de santé de référence (CSRéf) de la commune IV du District de Bamako est un service de deuxième niveau. Les auteurs ont réalisé une étude prospective du 1^{er} avril au 30 septembre 2010 chez les patients reçus en consultations de médecine générale afin d'apprécier la morbidité dans ce service. 432 patients ont été concernés par cette étude. Il s'agissait de patients reçus en consultations médicales au CSRéf de la Commune IV durant la période d'étude. Elle fait ressortir une prédominance dans la tranche d'âge de 14 et 23 ans soit 28% contre la tranche d'âge la moins représentée 73 ans et plus soit 3,20%. La moyenne était de 51ans avec un minimum de (14ans) et un maximum de 89 ans, 61,60% étant de sexe féminin.

Sur le plan de la morbidité, la pathologie observée était variée avec une prédominance d'affections bactériennes digestives soient 59,88%, les infections parasitaires soient 38,77%, les infections virales (grippe) soient 12,96%, les infections fongiques (*Candida albicans*) soient 85%, les affections chroniques (le diabète) soient 60,38%. Les patients ayant reçu les

anti-paludiques représentaient 33,34% des prescriptions, l'évolution a été favorable représentaient 64,12% de nos malades.

Mots clefs : Morbidité – Médecine – Centre de santé de référence.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au non de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail ; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes condisciples si j'y manque.

Je le jure !